

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1934

---

THÈSE

N°

POUR

371

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Lucius Serge TARCHIANI

Né le 8 mars 1909 à New-York (E.-U.)

---

LE

TRAITEMENT DU CANCER VÉSICAL

PAR CYSTECTOMIE PARTIELLE

---

INDICATIONS = TECHNIQUE OPÉRATOIRE ET RÉSULTATS

---

*Travail du Service du Docteur Gouverneur (Hôpital Saint-Louis)*

---

*Président : M. MARION, Professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

---

1934



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1934

THÈSE

N°

---

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Lucius Serge TARCHIANI

Né le 8 mars 1909 à New-York (E.-U.)

---

LE

TRAITEMENT DU CANCER VÉSICAL  
PAR CYSTECTOMIE PARTIELLE

---

INDICATIONS = TECHNIQUE OPÉRATOIRE ET RÉSULTATS

---

*Travail du Service du Docteur Gouverneur (Hôpital Saint-Louis)*

---

*Président : M. MARION, Professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

---

1934

I. — PROFESSEURS

|                                                                  | MM.               |
|------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie.....                                                    | ROUVIERE.         |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....     | PROUST.           |
| Physiologie.....                                                 | Léon BINET.       |
| Physique médicale.....                                           | STROHL.           |
| Chimie médicale.....                                             | DESGREZ.          |
| Bactériologie.....                                               | Robert DEBRÉ.     |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale.....                | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                       | BAUDOUIN.         |
| Pathologie médicale.....                                         | CLERC.            |
| Pathologie chirurgicale.....                                     | CHEVASSU.         |
| Anatomie pathologique.....                                       | ROUSSY.           |
| Histologie.....                                                  | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale.....                           | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique.....                                               | LÉPER.            |
| Hygiène et médecine préventive.....                              | TANON.            |
| Médecine légale.....                                             | BALTHAZARD.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                  | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                        | FIESSINGER.       |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie.....                    | M. VILLARET.      |
| Clinique médicale.....                                           | { ACHARD.         |
|                                                                  | { BEZANÇON.       |
|                                                                  | { CARNOT.         |
|                                                                  | { Marcel LABBÉ.   |
|                                                                  | { LEREBOULLET.    |
| Hygiène et clinique de la première enfance.....                  | NOBÉCOURT.        |
| Clinique des maladies des enfants.....                           | H. CLAUDE.        |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .. | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....             | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                    | LEMIERRE.         |
| Clinique des maladies infectieuses.....                          | { CUNÉO.          |
|                                                                  | { GOSSET.         |
| Clinique chirurgicale.....                                       | { GRÉGOIRE.       |
|                                                                  | { LENORMANT.      |
| Clinique ophtalmologique.....                                    | TERRIEN.          |
| Clinique urologique.....                                         | MARION.           |
| Clinique d'accouchements.....                                    | { BRINDEAU.       |
|                                                                  | { COUVELAIRE.     |
|                                                                  | { JEANNIN.        |
| Clinique gynécologique.....                                      | J.-L. FAURE.      |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....               | OMBRÉDANNE.       |
| Clinique thérapeutique médicale.....                             | RATHERY.          |
| Clinique oto-rhino-laryngologique.....                           | LEMAITRE.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....                         | Pierre DUVAL.     |
| Clinique propédeutique.....                                      | SERGEANT.         |
| Clinique de la Tuberculose.....                                  | Léon BERNARD.     |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....              | MATHIEU.          |
|                                                                  | { HOVELACQUE.     |
|                                                                  | { MULON.          |
| Professeurs sans chaire.....                                     | { OLIVIER.        |
|                                                                  | { VERNE.          |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE... Neurologie et Psychiâtrie.  
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.  
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BROCCQ..... Pathologie chirurgicale.  
 BULLIARD..... Histologie.  
 CATHALA ..... Pathologie médicale.  
 CHABROL..... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.  
 DOGNON..... Physique.  
 DONZELOT .... Pathologie médicale.  
 FEY ..... Urologie.  
 GALLIARD..... Parasitologie.  
 GASTINEL..... Bactériologie.  
 GATELIER .... Pathologie chirurgicale.  
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie  
                                   chirurgicale.  
 GAYET ..... Physiologie.  
 GIROUD ..... Histologie.  
 HAGUENAU .... Pathologie médicale.  
 HALPHEN ..... Oto-rhino-laryngologie.  
 HAZARD ..... Pharmacologie.  
 HUGUENIN .... Anatomie pathologique.  
 JOANNON ..... Hygiène.  
 LABBÉ (Henri)... Chimie biologique.  
 LACOMME ..... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.  
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.  
 LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 M<sup>lle</sup> J. LÉVY .... Pharmacologie.  
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.  
 MOREAU ..... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN ..... Pathologie médicale.  
 OBERLING..... Anatomie pathologique.  
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.  
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 QUÉNU ..... Pathologie chirurgicale.  
 RICHEL ..... Physiologie.  
 SANNIÉ..... Chimie biologique.  
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.  
 SÉZARY ..... Dermatologie et syphili-  
                                   graphie.  
 TROISIER ..... Pathologie expérimentale.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VALLERY-RADOT  
   (Pasteur)..... Pathologie médicale.  
 VELTER ..... Ophtalmologie.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH ..... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET ..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.  
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.  
 ZIMMERN..... Physique.

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

| MM.           |                      | MM.            |                          |
|---------------|----------------------|----------------|--------------------------|
| ABRAMI .....  | } Clinique médicale. | GUÉNIOT .....  | } Clinique obstétricale. |
| AUBERTIN..... |                      | LE LORIER..... |                          |
| BRULE.....    |                      | LÉVY-SOLAL ... |                          |
| CHIRAY .....  |                      | METZGER .....  |                          |
| DUVOIR.....   |                      |                |                          |
| HARVIER.....  |                      |                |                          |
| LIAN.....     |                      |                |                          |
|               | MM.                  |                |                          |
|               | BASSET .....         |                | } Clinique chirurgicale. |
|               | CADENAT.....         |                |                          |
|               | HEITZ-BOYER. .       |                |                          |
|               | MOCQUOT .....        |                |                          |
|               | MOURE .....          |                |                          |
|               | SCHWARTZ.....        |                |                          |

#### V. — CHARGÉS DE COURS

| MM.                         |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé ..... | Éducation physique.  |
| FREY.....                   | Stomatologie.        |
| LEDoux-LEBARD .....         | Radiologie clinique. |
| WEIL-HALLÉ.....             | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*En témoignage de ma grande  
affection et de ma reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGE MARION

Professeur de Clinique urologique à la Faculté de Médecine de Paris  
Médecin de l'Hôpital Necker

*Qui m'a fait le très grand  
honneur d'accepter la présidence de  
cette thèse. Hommage de ma très  
vive admiration.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui m'a donné le sujet de  
cette thèse.*

*Hommage de ma reconnais-  
sance pour l'intérêt et la bien-  
veillance qu'il m'a prodigués.*

A MES MAITRES  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES  
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

## CHAPITRE PREMIER

### LES CONCEPTIONS ACTUELLES DU TRAITEMENT DU CANCER DE LA VESSIE

Le professeur ANDRÉ et le docteur GRANDINEAU de Nancy présentèrent à l'Association Française d'Urologie en octobre 1932 un rapport détaillé sur la question des tumeurs malignes de la vessie et sur leur traitement. La cystectomie partielle de cet organe dans certains cas de néoplasme avait été envisagée.

Les auteurs apportaient quelques observations françaises et surtout bon nombre de statistiques étrangères. L'exposé souleva un très vif intérêt.

Cette opération, la cystectomie partielle, qui est utilisée en grande série à l'étranger et surtout aux États-Unis, était relativement peu pratiquée en France. Les chirurgiens hésitaient à l'entreprendre les médecins à la conseiller. Les plus grands spécialistes français l'avaient plutôt déconseillée.

Des objections s'élevèrent donc de tous côtés, objections visant la technique de cette opération,

ses résultats proches et lointains, ses indications, son utilité même.

La question de la cystectomie partielle reste néanmoins au premier plan de l'actualité chirurgicale. Nous allons, dans cette thèse, essayer de réunir des éléments glanés dans les communications scientifiques françaises et étrangères et dans les travaux de notre Maître le D<sup>r</sup> GOUVERNEUR en vue de dégager la valeur réelle de cette opération si âprement discutée et si souvent calomniée. Alors seulement serons-nous en droit d'établir quelques-unes de ses indications. Deux faits nouveaux, en effet, regardant la technique, nous paraissent avoir modifié le pronostic de cette opération : en premier lieu, le bistouri électrique employé actuellement dans la résection des parois vésicales, et, d'autre part, l'extrapéritonisation de la vessie qui permet de faire une intervention beaucoup plus anatomique et éclairée que lorsqu'on travaillait au fond de la cavité pelvienne.

Les néoplasmes de la vessie sont fréquents, graves, mortels à brève échéance s'ils sont abandonnés à eux-mêmes. Aucun espoir ne peut être conservé en face de cette épouvantable affection. Nous avons le devoir de tout mettre en œuvre pour arrêter son évolution et pour soulager les malheureux qui en sont atteints.

Et tout a été, tour à tour essayé.

### 1) Les méthodes électriques.

ZIMMER (à Paris) et FRANZ NAGELSCHMIDT (à Dresde), les préconisèrent dès 1907. BEER, de New-York, s'en fit le grand défenseur en 1910 et en fixa le premier la technique. Après quelques essais, cette méthode se révéla entièrement en défaut. L'électro-coagulation, traitement de choix dans les tumeurs bénignes, n'a aucune action réelle sur le cancer. La destruction définitive d'un néoplasme par cet agent physique est un leurre. Donc les prétendus résultats peuvent être, tout au plus, considérés comme un palliatif de la douleur. Les espoirs que cette méthode avait engendrés à ses débuts se sont totalement et définitivement effondrés. La récurrence est la règle. A l'heure actuelle, cette thérapeutique est celle des cas désespérés où toute intervention est impossible : on ne fait plus guère que l'électrocoagulation à vessie ouverte dans les tumeurs malignes de la vessie.

Les cas qui ont été apportés comme des guérisons de tumeurs malignes de la vessie par l'électro-coagulation concernent des faits où l'examen histologique n'avait pas été pratiqué. Etant donné la difficulté du diagnostic du cancer de la vessie dans certains cas, ces statistiques sont sujettes à caution.

« Le cancer de la vessie — écrivait récemment notre maître, le Docteur GOUVERNEUR (Paris, 1933) — est un de ceux qui présentent, au point de vue histologique, les plus grandes variétés. Nous n'avons, le

plus souvent, au moment de traiter un malade, aucun renseignement sur le degré plus ou moins grand de malignité de la tumeur et, ce qui prouve bien cette énorme différence de la malignité des tumeurs vésicales, c'est que, certaines, malgré une exérèse large et bien conduite, récidivent rapidement, tandis que d'autres qui ont subi une ablation incomplète, évoluent avec une remarquable lenteur.

« Entre le papillome bénin et le cancer le plus malin, tous les stades intermédiaires se voient.

« Le diagnostic du cancer vésical est parfois difficile et comporte des incertitudes. C'est la cystoscopie qui en est la base, c'est elle qui permet de l'affirmer, mais si bien souvent, l'aspect cystoscopique du cancer est caractéristique, il y a des cas où l'erreur presque inévitable a été commise, même par les plus compétents.

« Certaines cystites ulcéreuses ou œdèmes simulent à s'y méprendre le cancer et ces observations viendront à l'appui du succès de la méthode employée, s'il n'y a pas d'examen histologique de contrôle pour redresser l'erreur.

« Dans le groupe des tumeurs pédiculées dites papillomes, la différenciation est parfois malaisée, entre un papillome en voie de dégénérescence, un épithélioma papillaire ou un papillome bénin. Parmi les tumeurs que nous électrocoagulons, il en est qui ont déjà subi une dégénérescence et il est impossible, la tumeur détruite, d'être renseigné avec une certitude absolue et de connaître la nature intime de la

tumeur détruite. Certaines resteront guéries, d'autres donneront lieu à des récidives.

« Aussi, pour bien juger la valeur des traitements utilisés, il ne faut retenir que les cas où un examen microscopique a été fait. Or, les biopsies faites par voie cystoscopique sont difficiles ; souvent la pince ne ramène qu'un petit fragment en surface dans une zone flottante, la prise est faite où l'on peut, au point où elle se présente la plus facile, et c'est souvent une zone de nature bénigne. Les suites post-opératoires viennent donner un démenti à cet examen biopsique incomplet ; de plus, il y a toujours un doute sur la base d'implantation de la tumeur, qui serait pourtant le point essentiel à connaître, celui où il faudrait pratiquer la biopsie, ce qui, dans la plupart des cas, est impossible. »

## **2) La radium-thérapie.**

Dans un second temps, les méthodes se modernisant, on essaya les applications de radium qui soulevèrent, à l'époque de ses débuts en thérapeutique, les plus grands espoirs. Toutes les techniques furent employées, toutes les voies d'application tour à tour portées aux nues et répudiées. On tenta par voie cystoscopique avec cystoscope opérateur, par cystostomie à vessie ouverte. Des centaines de travaux furent entrepris, d'innombrables observations rapportées aux sociétés scientifiques du monde en-

tier. Quelques communications intéressantes récompensèrent ces efforts. Mais les déboires furent écrasants. Dans la grande majorité des cas la récédive avait été la règle. De plus, le radium provoquait des cystites, des douleurs effroyables, rendant son application très difficile. Il a fallu arriver à la désolante conclusion que le radium seul est impuissant, qu'il ne peut donner, au prix d'intolérables souffrances, que des améliorations éphémères, des survies de durées le plus souvent exigües, des haltes dans l'évolution implacable du néoplasme. Le radium a aujourd'hui derrière lui un recul suffisant pour qu'une vue d'ensemble soit possible. Les conclusions émises par ses pionniers n'ont que très peu varié. Le radium, sauf dans des cas exceptionnels, ne peut guérir définitivement. L'évolution, momentanément ralentie, reprend son essor. La seule technique qui survit actuellement, c'est celle de l'aiguillage de la tumeur par des aiguilles radioactives. Mais il faut savoir que cette pratique est dangereuse à cause des accidents qu'elle provoque : radio-nécrose et intoxication des malades par des substances de désintégration de l'organisme.

### 3) La Roentgenthérapie.

Devant ce double échec de la radiumthérapie et de l'électrothérapie, il était logique de chercher autre chose. On se tourna vers la Roentgenthérapie. Il

était tentant de jouer cette carte. Les rayons X avaient obtenu de brillants résultats dans certains cas de tumeurs malignes d'autres viscères. Mais les espoirs furent trompés.

L'inefficacité de cette méthode apparut très rapidement. Aucun chirurgien ne la conteste plus aujourd'hui. Les techniques se basant sur les rayons X doivent être reléguées au même rang que la radiumthérapie et l'électrocoagulation. Elles n'ont pas le même danger que la radiumthérapie, mais leur action est à peu près nulle.

En résumé, on est donc bien obligé d'arriver à cette conclusion : toutes les méthodes basées sur les agents physiques ne donnent que de très minces résultats pour le présent et aucune garantie pour l'avenir. Elles paraissent, à l'heure actuelle, devoir être réservées à la médication palliative ou adjuvante de l'intervention chirurgicale.

Une question naturelle surgissait. STARR JUDG (Rochester) la posait, après maints autres, en 1925 : « En définitive, de quels moyens disposons-nous aujourd'hui pour améliorer le sort des malheureux atteints de cancer vésical ? »

Nous répondrons : *seul le traitement chirurgical peut prétendre être radicalement curatif, en enlevant largement le foyer cancéreux.*

Nous nous empressons d'ajouter qu'un certain nombre de circonstances doivent se trouver réunies. Nous allons essayer d'établir ces conditions en concluant d'après les faits cliniques et les comptes-

rendus opératoires que nous avons à notre disposition.

Cette intervention, en effet, a été et est toujours des plus discutées. Mais pourquoi rejeter cette opération par principe ? Pourquoi priver ces malades de leur ultime chance ? Pourquoi refuser d'étendre à la chirurgie urinaire une intervention qui se pratique de nos jours pour la carcinomatose d'autres organes creux, tel l'estomac par exemple ? (J. BENTLEY SQUIER, New-York, 1923).

Que l'on rejette la cystectomie totale qui soulève des problèmes très complexes, tels ceux de la réimplantation des deux uretères, et qui produit un choc effroyable, soit. Qui ne conteste aujourd'hui l'utilité de la gastrectomie totale ? Rares sont les chirurgiens qui l'entreprennent. Mais pourquoi rejeter systématiquement de la chirurgie la cystectomie partielle, qui, dans certaines conditions, peut être une opération dont la réussite n'est plus à démontrer et qui a donné entre les mains de notre Maître, le docteur GOUVERNEUR, des résultats excellents ? Les observations citées à la fin de ce travail le démontrent d'une façon absolue. Des malades jeunes, condamnés à mort, ont bénéficié d'une guérison miraculeuse et totale avec des suites opératoires aussi satisfaisantes que possible et un état fonctionnel actuellement absolument normal.

Toutefois, de nombreuses objections surgissent.

La cystectomie partielle est une opération délicate. Certainement. Mais il suffit d'en établir la

technique avec précision. Dans les mains d'un chirurgien habile la cystectomie peut et doit réussir. C'est une opération grave. C'est également vrai. Mais pas plus qu'un grand nombre d'autres opérations que l'on pratique couramment de nos jours. Les méthodes modernes, les précautions minutieuses d'asepsie et d'hémostase, la désinfection pré-opératoire de la vessie, la vaccination préventive, l'emploi du bistouri électrique, le drainage soigné et systématique de la brèche opératoire, la dérivation secondaire du cours des urines, réduisent au minimum les accidents post-opératoires et les surprises des premières quarante-huit heures. Les indications étant posées avec exactitude, le malade ayant été étudié en détail et au point de vue de l'état général et au point de vue du fonctionnement rénal (constante d'Ambard, épreuve de la phénolphtaléine), les risques sont considérablement amoindris. Le malade qui va subir une cystectomie ne doit pas arriver physiologiquement inconnu sur la table d'opération. Cette préparation soignée, si elle est rigoureusement appliquée, améliorera certainement le pronostic immédiat et éloigné.

Et puis ce sont des malades chez lesquels on n'a pas le choix et qui sont voués à une mort plus ou moins rapide. Cet argument devra peser sur la balance de nos décisions. La dernière chance peut et doit être tentée.

On a encore dit que la cystectomie était inefficace. Dans maints cas c'est indiscutable ; mais cette inef-

ficacité tient au fait — comme l'ont souvent répété les chirurgiens américains — que l'on hésite trop et qu'on opère trop tard et trop économiquement. L'opération devra être courageusement et précocement envisagée par le chirurgien et acceptée par le malade. En agissant au delà de certaines limites aucune chance ne subsiste.

Si on a le courage et la bonne foi de poser le problème en ces termes et avec ces quelques données préliminaires, il paraît possible de trouver une solution.

Avant d'entrer dans le vif du débat il nous paraît très utile de rappeler rapidement quelques notions d'anatomie et d'anatomie pathologique : elles nous serviront de point de départ pour poser les jalons de la technique opératoire de la cystectomie partielle.

## CHAPITRE II

### REVUE SOMMAIRE DES RAPPORTS ANATOMIQUES

Nous ne prétendons pas exposer ici une description anatomique complète de la vessie. Ceci nous dériverait de notre sujet et ne nous serait d'aucune utilité. Deux points seulement nous paraissent indispensables à préciser et retiendront notre attention.

- 1) *Le péritoine vésical.*
- 2) *Les lymphatiques vésicaux.*

#### 1) **Le péritoine vésical.**

Le péritoine entre en rapport direct avec la vessie qui lui est sous-jacente dans sa loge. La connaissance des rapports de cet organe pelvien avec la séreuse abdominale est indispensable, car, comme nous le verrons plus loin, la cystectomie doit rester, autant que possible, une opération extra-péritonéale. Or, il est des points où le péritoine adhère plus ou moins intimement à la vessie. Nous allons les déterminer.

Le péritoine ne se moule sur la vessie que lorsque

celle-ci est pleine. Il descend en avant plus ou moins bas entre la paroi abdominale et la face antérieure de la vessie formant le cul-de-sac vésical antérieur dont la distance de la symphyse pubienne est essentiellement variable et dépend de l'état de plénitude ou de vacuité de l'organe. Nous n'insisterons pas sur ce point bien connu. Latéralement, le péritoine descend jusqu'au tiers moyen des faces latérales de la vessie et se réfléchit ensuite sur les parois du bassin constituant, de cette manière, les culs-de-sac latéraux. En arrière, il descend à un centimètre de la base de la prostate chez l'homme et de l'isthme utérin chez la femme. C'est le cul-de-sac de Douglas.

*Dans toutes ces portions le péritoine est simplement jeté sur la vessie comme un voile et il est facilement décollable. Mais au voisinage du sommet, du dôme vésical, près de l'ouraque, la séreuse s'amarre très solidement constituant une zone d'attache excessivement adhérente (JABOULAY et PATEL).*

C'est cette zone d'adhérence qui constituera la principale difficulté de la libération de la vessie dans la cystectomie partielle. Étant dans l'impossibilité absolue d'obtenir ce décollement, nous serons obligés de passer outre et d'ouvrir délibérément la séreuse péritonéale. C'est ce point que nous tenions surtout à mettre en valeur.

## 2) Les lymphatiques vésicaux.

Si le péritoine a une grosse importance pour la technique opératoire, les lymphatiques régissent, en grande partie, l'extension du cancer et son pronostic.

Le néoplasme de la vessie s'étend par contiguité et les métastases sont tardives et rares. M. BENTLEY SQUIER, de New-York, dans un numéro de 1923, du *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, a exposé les raisons de cette dissémination retardée, dans un article magistral.

*« Le cancer de la vessie reste longtemps isolé du reste de l'organisme — écrit l'auteur — circonstance très favorable à une action chirurgicale. La disposition lymphatique en est la cause. »*

Etudions donc cette disposition avec soin. Nous savons que toute opération pour cancer est régie par le degré de l'envahissement lymphatique. Seulement après que les territoires ganglionnaires furent établis avec précision, les interventions gastriques pour cancer prirent leur essor.

La présence de lymphatiques dans la muqueuse vésicale paraît tout à fait improbable, car l'apport lymphatique est intramusculaire (BENTLEY SQUIER). Les lymphatiques se réunissent en troncs et en plexus sur la face externe de la vessie, l'entourent comme un filet enveloppe une balle. Cette notion de l'absence des lymphatiques dans la muqueuse vésicale, n'est pas toute nouvelle. M. PASTEAU, dans sa thèse

de Paris de 1898, l'avait déjà constatée, réfutant ainsi toutes les théories classiques de BOYER, CRUVEHLER, SEE, KRAUSE, ENGLISH, TEICHMANN, etc.

Les vaisseaux constatés dans la muqueuse ne sortiraient que par endroits de la couche musculaire et y rentreraient aussitôt, après avoir formé une anse. Cette disposition est fort intéressante car elle nous donne la clé du problème du relatif isolement des tumeurs vésicales. Toutefois, les propagations ganglionnaires existent. Cette notion, contestée avant GUYON, fut, par cet auteur, démontrée d'une façon éclatante en 1886. GUYON reprit la communication de LA CAZE-DORÉ (*Thèse de Paris*, 1852), qui avait admis cette propagation ganglionnaire pour le cancer encéphaloïde et rapporta quatre cas d'envahissement non douteux. *Malgré tout, la généralisation des tumeurs de la vessie reste rare* (FÉRÉ. *Mémoire sur le cancer de la vessie*, Prix Civale, 1881 : ALBARRAN, 1892 et CLADO, 1895).

LEBERT pouvait donc écrire : « Lorsqu'on réfléchit à la rareté de l'infection générale du bassin dans le cancer vésical et lorsqu'on réfléchit que les cancers pelviens sont dans les conditions les plus favorables aux disséminations, on arrive tout naturellement à cette conclusion qu'il doit y avoir une disposition anatomique spéciale à la région de la vessie. »

L'affirmation de BENTLEY SQUIER sur l'inexistence des lymphatiques dans la muqueuse vésicale, notion reprise d'après PASTEAU, pourrait être la raison entrevue par LEBERT.

Nous ne rapporterons pas ici le long travail de l'auteur américain, sur la naissance et l'aboutissement des troncs lymphatiques des différentes régions vésicales. Nous nous éloignerions trop de notre sujet. Il nous suffira de rappeler que les ganglions hypogastriques (BICHAT, BOYER, CLOQUET, BROU, HUSKE, HENLÉ, CRUVEHLER, ROUVIÈRE) et les iliaques externes (MASCAGNI, CRUIKSHANK, PORTAL, VIDAL DE CASSIS, ROUVIÈRE, etc.) se partagent le drainage lymphatique de la vessie. Ce sera, par conséquent, sur eux, qu'agira le processus néoplasique, sur eux que le cancer posera les premiers jalons dans sa marche envahissante vers la carcinomatose du petit bassin et de l'organisme tout entier.

D'où intrication ganglionnaire complexe, rançon physiologique des organes creux, à activité très puissante.

De plus, ces réseaux vésicaux sont en relation étroite avec les réseaux prostatiques, vésiculaires, urétéraux inférieurs et rectaux (CUNÉO, POIRIER, DÉLAMARE).

Mais, répétons-le encore, malgré cette richesse lymphatique, les propagations ganglionnaires sont rares et tardives. La tumeur évolue *in situ*. L'opération reste longtemps praticable, souvent même lorsque le diagnostic est évident. Nous avons apporté l'explication de MM. PASTEAU et BENTLEY SQUIER. L'acceptons-nous ? Peu importe : le fait est là et nous donne une chance de plus.

La conclusion clinique et opératoire de ce bref ré-

sumé s'impose. Théoriquement, il faudrait donc, dans toute intervention pour néoplasme vésical, repérer attentivement et enlever avec soin les groupes ganglionnaires iliaques externes, hypogastriques, sacrés et cervicaux de la vessie. L'extirpation totale et absolue reste aujourd'hui une abstraction idéale. Elle est, évidemment, très difficile à réaliser. Mais les résultats d'une intervention complète et soigneuse sont plus que suffisants.

Nous n'avons pas encore abordé la question des infiltrations cancéreuses par contiguité. Nous réservons cette discussion au moment de l'établissement des indications opératoires. Ces infiltrations sont, d'ailleurs, relativement rares et se voient presque uniquement au débouché des uretères et à la prostate (MOTZ et MONTFORT).

Après ces prémisses indispensables nous allons maintenant aborder la troisième partie de cette thèse : Les indications de la cystectomie partielle.

## CHAPITRE III

### LES INDICATIONS ET LES CONTRE-INDICATIONS

Toute opération a des indications précises. Si ces indications sont posées à tort on aboutit fatalement à des déboires qui jettent l'opération elle-même dans le discrédit. Ceci est d'autant plus vrai dans le cas de la cystectomie partielle, que celle-ci relève d'une chirurgie très difficile.

Cette intervention s'adresse, avant tout, aux cas où la tumeur maligne, qu'elle soit sessile ou légèrement pédiculée, a envahi non seulement la muqueuse et la sous-muqueuse, mais encore une portion de la paroi musculaire de la vessie.

La deuxième indication est fournie par l'unilatéralité de la tumeur. Aucune intervention partielle de ce genre ne pourra être envisagée dans les cas où la lésion serait étendue aux deux portions de l'organe. La tenter dans ce cas serait aller vers un échec certain. Ceci nous porte à conclure à la nécessité d'un diagnostic précoce. Tout malade présentant des troubles urinaires suspects (essentiellement des héma-

turies), n'ayant pas fait leur preuve et dont le simple examen clinique ne peut trancher d'une façon définitive l'origine, devra être soumis sans retard à l'examen cystoscopique. Celui-ci seulement sera l'arbitre de la situation. Trois points surtout devront être déterminés avec exactitude :

Le siège, l'aspect, l'étendue de la tumeur.

*La détermination du siège de la tumeur* évitera des surprises opératoires désagréables et permettra déjà de jeter les bases du pronostic. Il est évident qu'une tumeur siégeant sur une moitié de la face supérieure fera prévoir une intervention plus facile et dont les résultats seront plus favorables que ceux d'une tumeur du col, du bas-fond ou de la région des orifices urétéraux. L'importance de cette notion domine en grande partie le pronostic et l'indication opératoire. Le siège de la tumeur peut créer une contrindication formelle. Ainsi on n'opérera pas, par exemple, les tumeurs du col, du trigone ou celles infiltrant largement les deux orifices urétéraux.

*La notion de la nature de la tumeur* est beaucoup moins intéressante. On a à faire, le plus souvent, à un épithélioma du type carcinome. Dans les cas vraiment douteux on pourra faire une biopsie au moyen du cystoscope opérateur. Il nous paraît toutefois que cette technique devra être réservée pour des circonstances vraiment exceptionnelles. En général, les examens clinique et cystoscopique sont suffisamment explicites.

Nous avons laissé en dernier, volontairement, la

discussion de l'*étendue* du cancer. La clinique est ici trompeuse. Le cystoscope risque de l'être dans le plus grand nombre des cas. Les notions d'*étendue* qu'il fournit sont toujours considérablement inférieures à la réalité. L'attention sera toujours portée sur ce point. Il faudra, en outre, tenir compte du fait que l'infiltration néoplasique dépasse toujours largement les limites visibles de la tumeur (infiltration larvée de GUYON).

Il en résulte qu'il faudra bannir les excisions trop économiques. Comme nous le verrons plus loin, lorsque nous exposerons la technique opératoire, cette excision devra empiéter tout autour de la tumeur de deux centimètres à deux centimètres et demi en tissu sain. D'innombrables insuccès sont attribuables au fait que cette notion n'avait pas été assez sérieusement prise en considération.

En résumé : *siège, nature, étendue*. Voilà les trois points qui dominent toutes les indications opératoires de la cystectomie partielle.

Comment se distribuent donc les tumeurs de la vessie ? D'après le rapport de MM. ANDRÉ et GRANDINEAU nous constatons les proportions suivantes :

- 1) Sommet ou tiers supérieur 10 % ;
- 2) Tiers moyen (face latérale, antérieure et postérieure), 30 % ;
- 3) Tiers inférieur (trigone et bas-fond), 60 %.

Voici des constatations peu engageantes. En effet, si dans les cas de tumeurs du sommet on peut extir-

per un tiers de la vessie (BRONGERSMA) ou même la moitié (SWIFT-JOLY), il sera bien difficile d'en faire autant pour les tumeurs du trigone, ou de la face latérale. En effet, on arriverait à enlever pour une tumeur moyenne de 5 centimètres, un fragment pariétal de 10 centimètres de diamètre. Or, si cette excision est praticable pour les tumeurs de la partie supérieure de la vessie, elle devient beaucoup plus difficile pour celles des parois latérales où on ne peut enlever une pièce pariétale excédant 8 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur, et elle est totalement impossible pour les tumeurs du bas-fond ou du trigone.

D'ailleurs, dans les cas de tumeurs des faces latérales surgira le problème de l'uretère qui est presque obligatoirement sectionné : néphrectomie ? urétéro-néo-cystostomie ? Ces deux alternatives seront discutées plus loin.

Dans le cas de tumeurs trigonales, les deux uretères seraient tranchés ; nous sortirions tout à fait du domaine de la cystectomie partielle.

Le champ des indications opératoires se rétrécit considérablement : 40 % à peu près des tumeurs vésicales sont susceptibles d'être traitées par la cystectomie partielle (tumeurs de la face supérieure et de la partie moyenne). Non seulement les indications diminuent, mais maintes contre-indications se présentent. Il ne faudra se décider qu'après sérieuse réflexion. Toute témérité est déplacée sous peine des plus désastreuses conséquences. Ne devront donc,

sous aucun prétexte, être opérés les malades dont l'état général et fonctionnel rénal n'est pas satisfaisant. L'état général du patient doit être satisfaisant. Un malade anémié par des hématuries subintrantes, un malade très infecté, un malade auto-intoxiqué par une azotémie élevée, n'aura aucune chance de supporter une cystectomie partielle. Dans ces conditions, à aucun moment on ne sera en droit de la lui conseiller. Nous n'insisterons jamais assez sur ce point dont dépend tout le succès.

De même l'état rénal sera soigneusement contrôlé par les épreuves modernes de laboratoire. Le malade sera soumis à une épreuve de phénolphthaléine, à une séparation des urines qui permettra d'étudier séparément la valeur fonctionnelle des deux reins. On établira la constante d'AMBARD. Quand la néphrectomie successive à la cystectomie s'imposera sur la table opératoire, le chirurgien n'agira pas d'une façon aveugle.

Une deuxième contre-indication est fournie par la notion d'âge. Il est, en effet, logique de ne pas proposer une opération de cette envergure à un vieillard. Malgré la rachianesthésie, un homme ayant dépassé 75 ans aura bien peu de chance de survivre. On devra alors préférer les moyens palliatifs d'ordre pharmaceutique ou physique. Dans le cas d'un sujet jeune, au contraire, le problème se présente sous un aspect tout à fait différent. Si le diagnostic a été assez précoce, l'état général permettra une excellente intervention, des suites opératoires normales. On

aura alors vraiment l'impression d'avoir accompli œuvre utile. Dans les statistiques de l'Hôpital Saint-Louis, parmi les malades opérés par notre Maître, le Docteur GOUVERNEUR, quelques observations regardent des malades d'une quarantaine d'années. Ces malades ont été opérés dans les conditions exposées plus haut, après que leur état général eut été trouvé satisfaisant et après qu'ils eussent subi les examens fonctionnels rénaux indispensables. L'opération fut admirablement supportée, les suites opératoires furent limitées au minimum, la sortie de l'hôpital s'effectua dans un délai tout à fait normal. Ces malades, nous les avons revus de six mois à un an après ; ils sont actuellement suivis à intervalles réguliers. Ils ne présentent (sauf un seul), aucun signe de récurrence, clinique ou cystoscopique.

Une troisième contre-indication est fournie par l'extension de la tumeur par contiguité. Il est évident qu'on n'opérera, sous aucun prétexte, un malade chez lequel le toucher rectal montrerait une extension de la tumeur à la prostate ou au rectum. Nous serions alors en présence d'une carcinomatose diffuse du petit bassin ; l'opération ne pourrait pas réussir, nous ne l'envisagerons pas, pas plus que nous n'envisagerions une opération pour un néoplasme gastrique dont les ramifications auraient envahi, d'une façon massive, le foie. Il en est évidemment de même pour les tumeurs vésicales étendues à la paroi abdominale, pour ces énormes tumeurs que l'on sent à la palpa-

tion et que l'on voit même à la simple inspection. Ces cas sont d'ailleurs rares.

En dernier lieu, le Professeur ANDRÉ insiste sur la question de l'opérabilité des cancers encéphaloïdes. L'auteur conclut que leur extrême malignité constitue un danger à l'intervention et que les résultats des excisions pratiquées dans ces cas ont été, en général, médiocres et décourageants. Nous n'avons pas trouvé dans les communications étrangères d'autres références concernant ce problème.

Maintenant que l'état actuel du problème du traitement des cancers vésicaux a été posé, que nous avons brièvement rappelé les points anatomiques qui nous intéressent, que les indications et contre-indications de l'acte opératoire ont été exposées, nous allons entreprendre la description de la technique de la cystectomie partielle, simplifiée au maximum, telle que la pratique notre Maître, le Docteur GOUVERNEUR, dans son Service de l'Hôpital Saint-Louis.

## CHAPITRE IV

### TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE LA CYSTECTOMIE PARTIELLE

L'intervention chirurgicale dans le cancer de la vessie doit enlever la totalité des parois de la vessie qui portent la tumeur néoformée, avec une zone de tissu sain tout autour de cette tumeur ; l'exérèse devra se faire en un seul bloc : c'est le principe de toute opération pour cancer.

Le mode de résection habituellement employé aboutit le plus souvent à une intervention trop économique et la récurrence est fatale dans un délai plus ou moins long. Deux faits ont récemment considérablement modifié la technique et le pronostic éloigné de cette opération : d'une part, l'*extériorisation de la vessie*, son *extrapéritonisation* ; d'autre part, l'*usage du bistouri électrique*.

1) *L'extrapéritonisation de la vessie* rend possibles et aisées des manœuvres opératoires qui étaient extrêmement ardues avec la technique classique. Quand on se rappelle ce qu'étaient les manœuvres opératoires d'il y a vingt ans au fond d'un bassin

avec les écarteurs autostatiques et les rétracteurs, le contraste est vraiment saisissant.

2) *Le bistouri électrique* a, par lui-même, plusieurs avantages :

Pendant l'intervention, la section de la paroi vésicale est à peu près exsangue, d'où netteté et précision de l'acte opératoire. L'absence d'hémorragie évite ces tamponnements incessants de l'opérateur et de l'aide et l'hémostase toujours difficile au fond de la cavité pelvienne, est rendue facile et rapide.

D'autre part, au point de vue de l'infection, comme la tumeur de vessie est, dans la majorité des cas, un cancer infecté dont l'exérèse doit se faire après avoir forcément ouvert l'organe, le bistouri électrique, en bloquant les voies lymphatiques, comme l'ont montré les expériences d'HEITZ-BOYER, s'oppose à la résorption massive des toxines. Ce qui prouve bien qu'il diminue, dans une large mesure, l'infection, c'est la bénignité du choc opératoire que présente le malade opéré de cette façon ; il y a, à ce point de vue, une différence très nette avec un malade opéré au bistouri ordinaire. Le lendemain d'une cystectomie partielle où on a largement ouvert de vastes zones celluluses et réséqué une notable partie d'un viscère à parois plus ou moins infectées, le malade a bon visage, sa langue est rose et humide, le pouls est régulier et bien frappé. Ce rôle anti-infectieux de l'électrode coupante nous semble être aussi important que son action hémostatique, car la

plupart des malades que nous perdons sont emportés par l'infection.

Il y a donc, à notre avis, de multiples avantages en faveur de cette façon de procéder, mais il y a tout un apprentissage à faire pour savoir bien utiliser le bistouri électrique au cours de l'opération.

#### (I) Soins préopératoires.

a) La vessie du malade doit être soigneusement désinfectée. Une sonde à demeure sera placée et permettra, les jours précédant l'opération, par des lavages avec des solutions antiseptiques, de procéder à la stérilisation du milieu vésical. On pourra contrôler la désinfection par l'examen bactériologique des urines.

b) On pourra faire avec avantage au malade une vaccinothérapie préventive avec du propidon ou tout autre vaccin.

#### (II) L'anesthésie.

Une rachianesthésie est pratiquée : il nous semble que pour cette intervention portant au-dessous de l'ombilic, elle soit la meilleure façon d'agir. La rachianesthésie permet, en effet, le relâchement complet et absolu de la sangle abdominale et rend l'opération plus facile par l'écartement qu'elle permet des muscles droits.

### (III) Principaux temps de l'opération.

On remplit la vessie avec 150 à 200 centimètres cubes de liquide ; nous n'avons pas utilisé l'alcool ou le formol qui est recommandé par les auteurs américains pour stériliser le milieu vésical.

La peau est incisée depuis la symphyse pubienne jusqu'à un ou deux travers de doigts de l'ombilic (Fig. 1).

L'interstice entre les droits est repéré ; on passe entre les deux muscles et les droits sont réclinés. A ce moment on place un écarteur de GOSSET : la face antérieure de la vessie apparaît et avec la compresse on va peu à peu refouler le cul-de-sac péritonéal par en haut à la manière habituelle.

L'ouraque est alors aperçu sous forme d'un cordon blanchâtre qui s'étale un peu en s'insérant au sommet de la vessie. On le libère, on le sectionne et son extrémité vésicale va servir de tracteur (Fig. 2 et 3). A ce moment la vessie doit être complètement vidée par la sonde à demeure.

Libération des faces latérales de la vessie : les faces latérales sont libérées au doigt et à la compresse des parois de l'excavation pelvienne et on remonte peu à peu vers la région du dôme vésical où on est arrêté par la zone d'adhérence de la vessie au péritoine. Dans la grande majorité des cas, en effet, il existe à ce niveau, en arrière de l'ouraque, une zone de l'étendue d'une paume de main d'un enfant

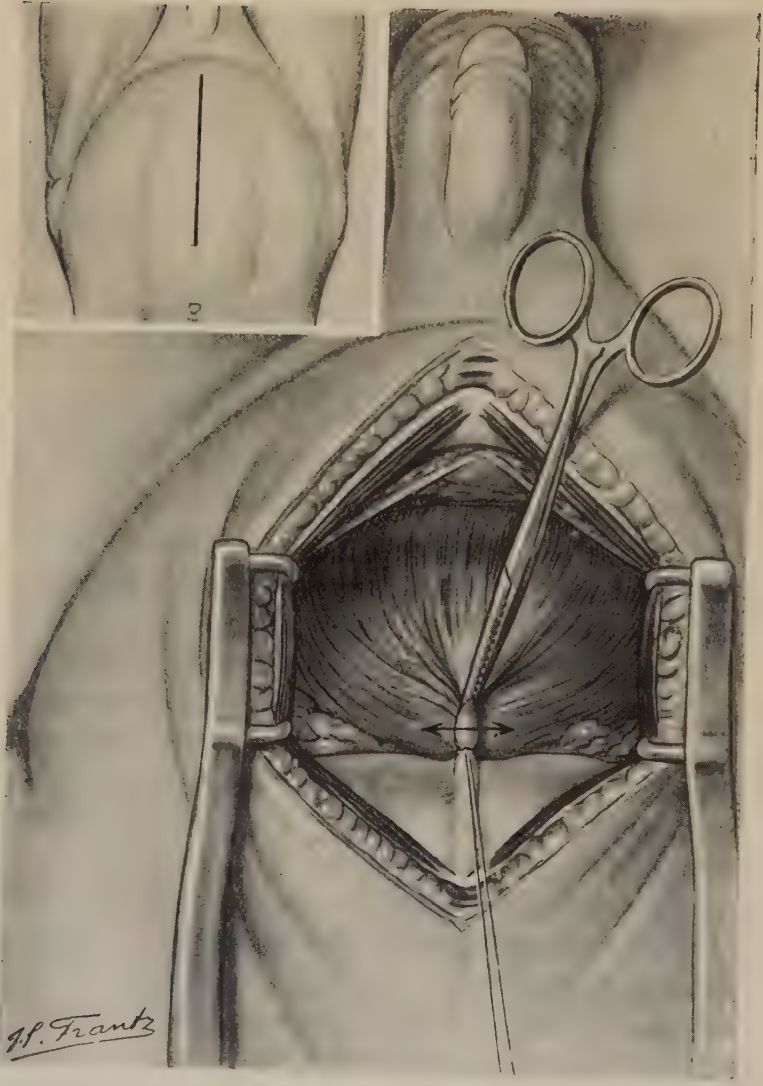


Fig. 1. — Incision de cystostomie élargie.

Fig. 2. — Découverte de la face antérieure de la vessie, l'ouraque est isolé, pincé, lié et servira de tracteur.



Fig. 3. — Libération des faces latérales de la vessie qui commence à s'extérioriser ; le décollement est commencé sur les bords latéraux et on remonte peu à peu vers la région du sommet.

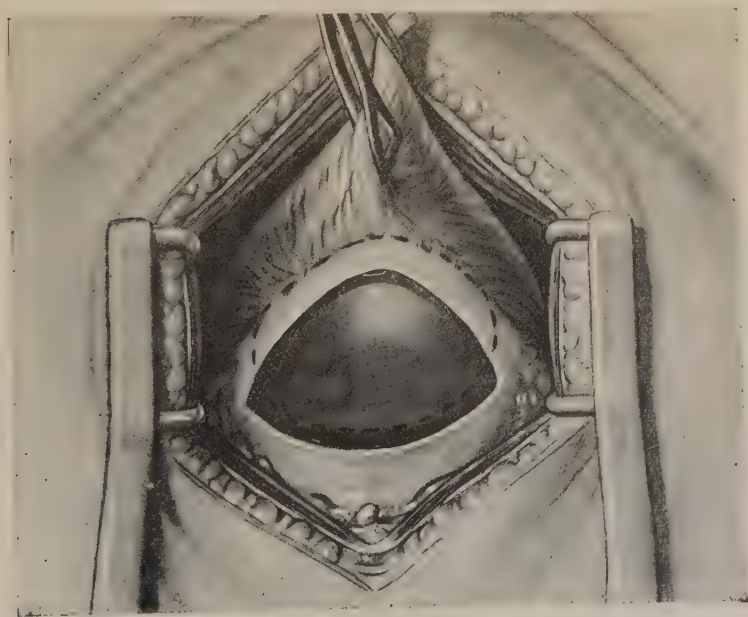


Fig. 4. — Le péritoine a été délibérément ouvert et incisé tout autour de la zone où il adhère intimement à la région postéro-supérieure de la vessie.

où le péritoine adhère intimement au sommet de la vessie. Dans ces conditions, il faut faire l'ouverture délibérée du péritoine à la limite de la zone adhérente : cette ouverture est faite aux ciseaux et elle laisse accolée à la face postérieure de la vessie une plaque de séreuse (Fig. 4). On repère alors la lèvre postérieure de la brèche péritonéale et on poursuit facilement le décollement (Fig. 5) : le péritoine se laisse, en effet, facilement séparer de la partie basse de la face postérieure de la vessie et le décollement est poursuivi plus ou moins suivant les bassins et la situation de la tumeur.

A ce moment de l'intervention la vessie est complètement libérée sur les faces latérales et dans la majeure partie de la face postérieure. Elle vient hors du ventre.

On ferme alors très soigneusement par un surjet à points serrés la brèche péritonéale (Fig. 6). Le surjet doit être à points serrés de façon à être aussi hermétique que possible. Une compresse-champ est, d'ailleurs, placée entre le péritoine et la vessie pour éviter toute infiltration, et protéger la région.

f) A ce moment deux procédés sont possibles suivant le siège de la tumeur :

*Premier cas* : la tumeur occupe un point quelconque de la partie supérieure de la vessie (sommet, partie supérieure ou moyenne des bords latéraux ou de la face postérieure). La situation du néoplasme, qui a été d'ailleurs précisée par la cystoscopie, est facilement contrôlée, une fois la vessie extrapérito-

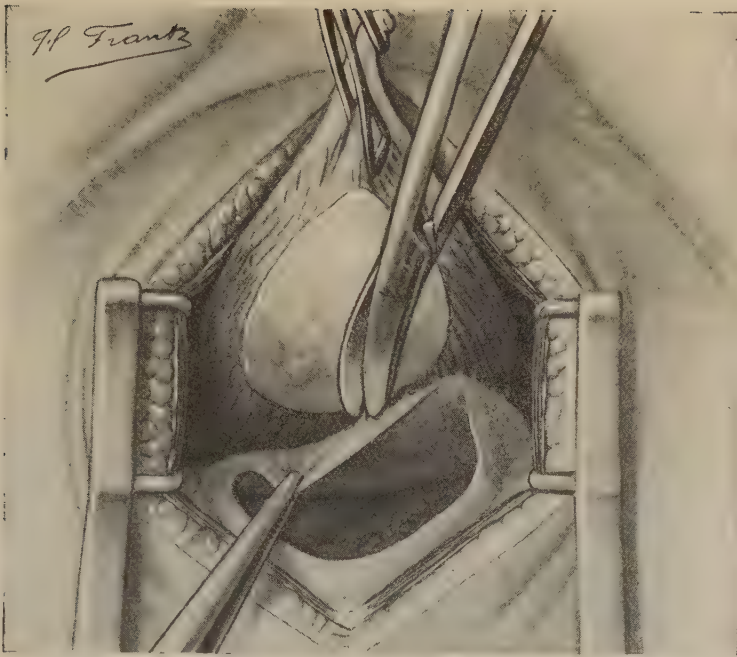


Fig. 5. — La vessie est à demi extériorisée ; à sa face postéro-supérieure la zone blanchâtre représente la partie de la vessie où le péritoine tient, ne peut être décollé et elle a été incisée tout autour de la zone adhérente. Au-dessous, zone décollable : les ciseaux continuent le décollement et activent l'extra-péritonisation de la vessie ; plus bas la brèche faite au péritoine et qu'on va refermer.

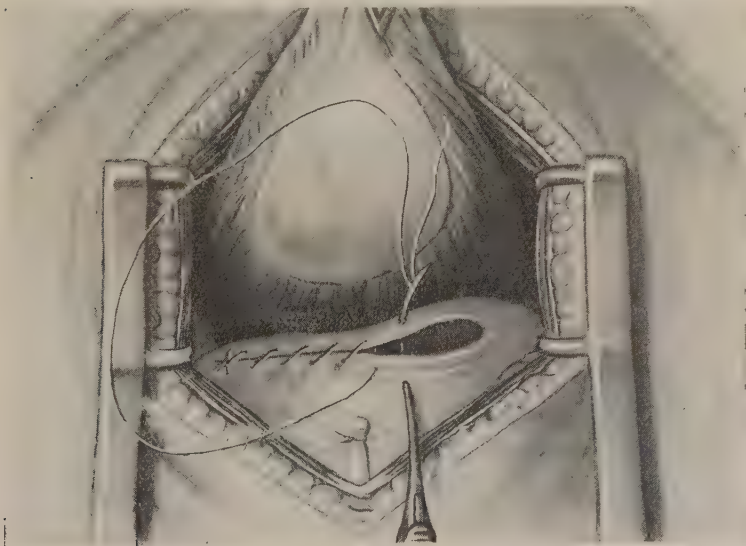


Fig. 6. — La vessie est extra-péritonisée ; on ferme la brèche faite à la séreuse par un surjet.

nisée, à travers la paroi flasque et non encore ouverte, par l'induration caractéristique et l'épaississement de la paroi à son niveau. On va alors faire au bistouri électrique une excision comprenant toute la

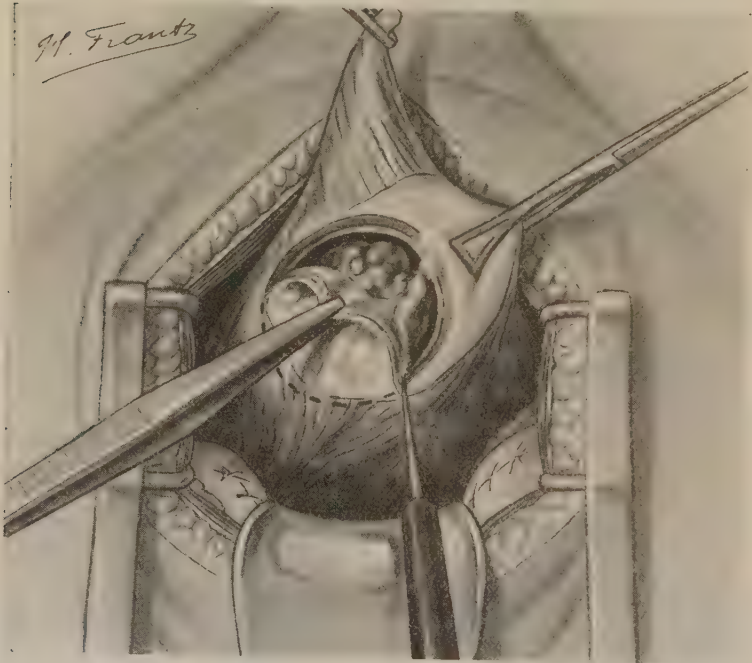


Fig. 7. — Excision de la tumeur vésicale avec une collerette de paroi vésicale tout autour ; on passe partout en zone saine. Excision au bistouri électrique.

Ce cas concerne une tumeur située dans la moitié supérieure de la vessie.

zone vésicale où s'implante la tumeur en passant à 2 centimètres et demi ou 3 centimètres de sa limite (Fig. 7). Par la même occasion, on enlèvera avec la paroi vésicale la majeure partie du tissu cellulo-adi-

peux adjacent. Si au moment de l'ouverture de la vessie on se rendait compte que l'incision n'est pas passée à une distance suffisante, il faudrait se reporter plus en dehors pour être sûr d'être partout en zone saine. Ceci est relativement facile dans le cas de

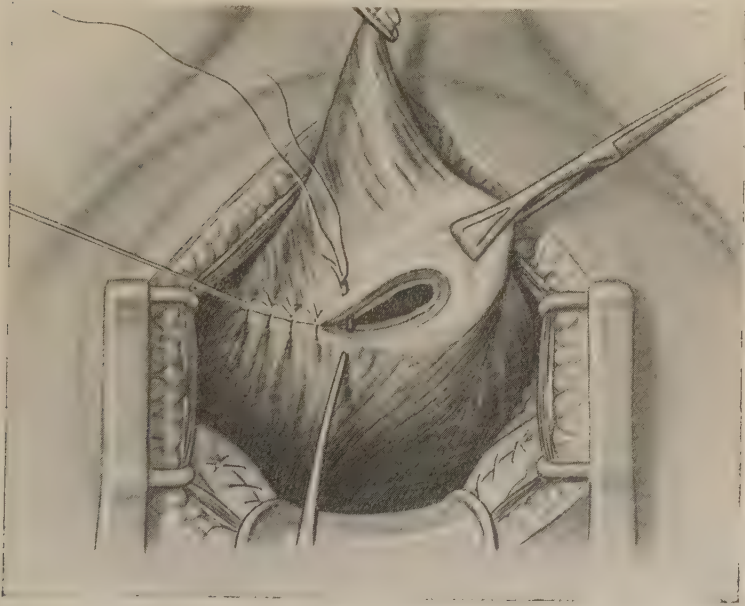


Fig. 8. — Fermeture de la paroi vésicale par des points séparés totaux.

tumeur haut située et, à ce point de vue, un des avantages du bistouri électrique est de bloquer les voies lymphatiques et de permettre une recoupe qui ne risque pas, comme avec le bistouri ordinaire, de produire un ensemencement au moment où on sectionne les voies lymphatiques. Il faut toutefois s'ef-

forcer de passer d'emblée suffisamment à distance du néoplasme et d'enlever d'un seul bloc la tumeur et sa base d'implantation. La vessie ouverte, on examine soigneusement l'intérieur de la cavité vésicale pour voir s'il n'existe pas un prolongement de la



Fig. 9. — Un deuxième plan de points séparés complète la fermeture de la vessie.

tumeur ou une petite lésion accessoire qui aurait échappé à la cystoscopie. La paroi de la vessie est alors suturée en deux plans par des points séparés, un premier plan total (Fig. 8) et un deuxième plan enfouissant le précédent (Fig. 9). On laisse un orifice pour passer un tube de Marion assez fort ; des compresses sont tassées au niveau des décollements

latéro-vésicaux, la paroi vésicale est elle-même amarrée par des points de catgut à l'aponévrose du grand droit (fig. 10). Les mèches latérales situées au niveau des zones décollées ont pour but d'éviter

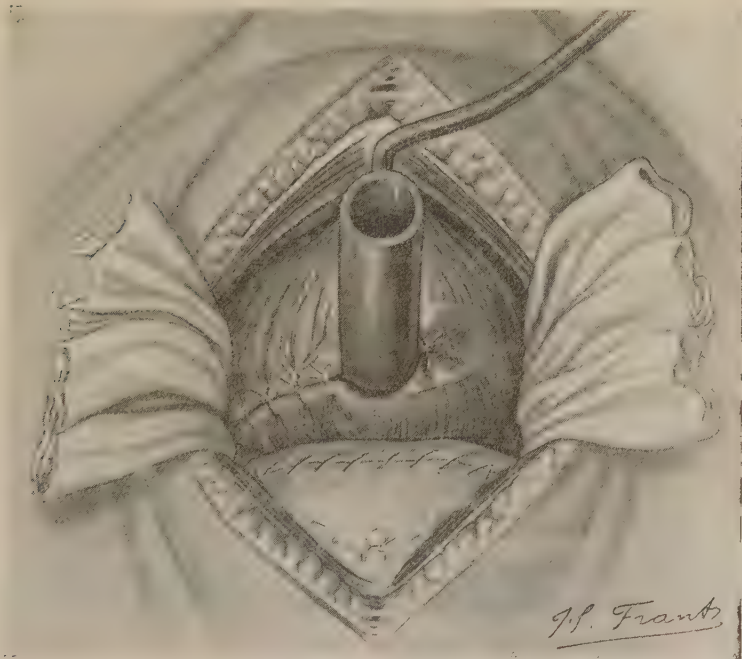


Fig. 10. — La brèche vésicale est refermée en deux plans ; un tube de Marion est placé. Deux larges compresses sont mollement placées dans les décollements latéro-vésicaux.

(Erratum. — C'est un tube de Marion qui devrait se trouver à la place du tube de Freyer représenté).

la cellulite qui est le principal danger au cours des suites opératoires.

*Deuxième cas :* La tumeur occupe une région basse de la vessie. Il est indispensable dans ce cas de pour-

suivre l'extrapéritonisation de la vessie très complètement en décollant surtout le côté où se trouve la tumeur. On incise au bistouri électrique la paroi vésicale de façon à encercler celle-ci en donnant

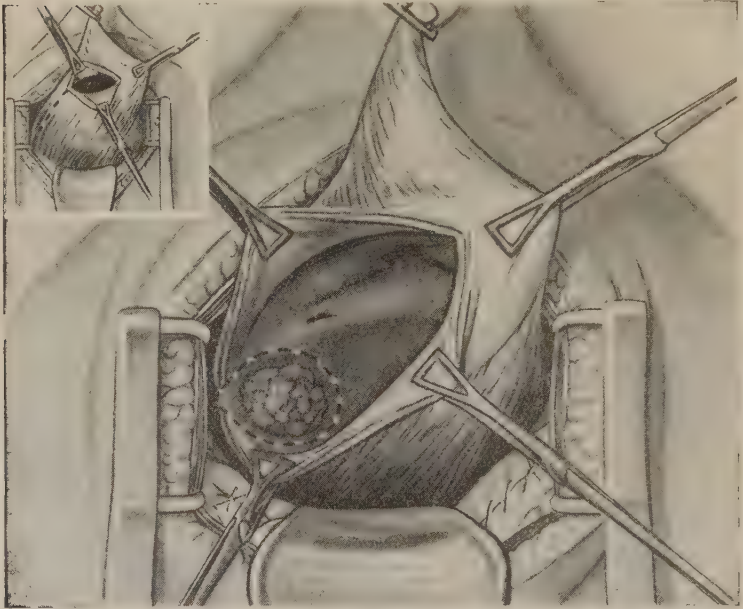


Fig. 11 et 12. — Cas de tumeur basse. Ouverture de la vessie pour bien voir la tumeur. L'incision se porte en bas et circonscrit la tumeur à distance, enlevant toute la paroi vésicale qui la porte.

à la zone d'incision la forme d'une raquette (fig. 11-12). La suture de la paroi vésicale se fera avec une aiguille courbe de HAGEDORN. Il faut avoir soin de drainer largement l'espace péri-vésical non seulement par des mèches mais par un gros drain. Le reste de l'intervention est analogue au cas précé-

dent (fig. 13). Un problème un peu spécial est posé lorsque la tumeur est au contact de l'orifice urétéral. Dans ces cas pour que l'intervention soit complète et qu'il n'y ait pas de récidence la section

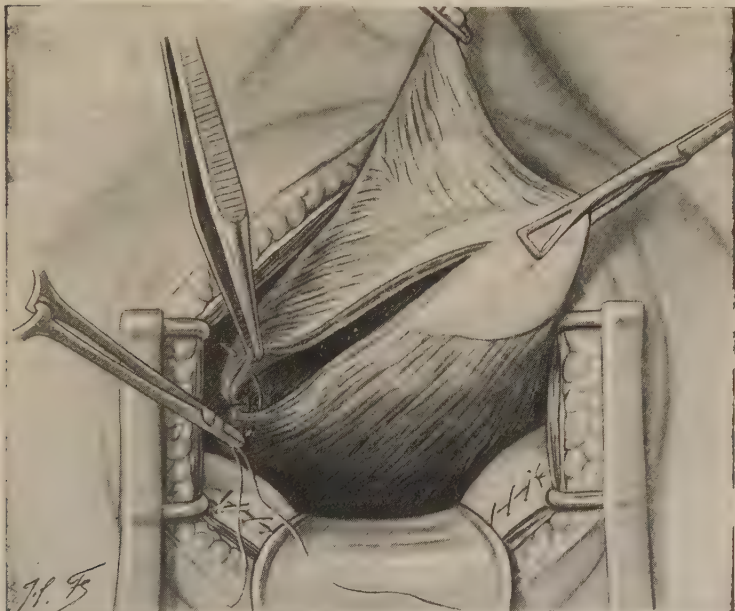


Fig. 13. — Suture de la vessie en commençant par le bas ; points séparés à l'aiguille demi-courbe.

de l'uretère s'impose et sera délibérément pratiquée. D'ailleurs, il est un principe général en matière de cystectomie : pas d'excision trop parcimonieuse, il ne faut pas trop se préoccuper de la reconstitution ultérieure de la vessie. Il suffit en réalité de peu d'étoffe pour pouvoir refaire une vessie. Dans les

résections très étendues ce qui reste de l'organe vient, après suture, se mouler sur le tube de Marion et dans les mois qui suivent on assiste progressivement à une distension de la paroi vésicale qui se reconstitue sans toutefois jamais acquérir sa capacité primitive.

Par conséquent si l'uretère a du être coupé, deux solutions sont possibles :

1. — Le réabouchement de l'uretère à la vessie (urétérocystonéostomie) ;

2. — La ligature de l'uretère avec néphrectomie secondaire.

#### 1. — L'URÉTÉROCYSTONÉOSTOMIE

C'était la première idée qui venait à l'esprit de l'opérateur presque comme un réflexe. On avait coupé l'uretère, on l'avait séparé de ses connexions avec la paroi vésicale. Il fallait l'y rattacher. Et BAZY créa cette opération en 1893. Cette intervention a eu depuis sa création des fortunes variées. Les professeurs LEGUEU et MARION l'ont officiellement déconseillée à une séance de la *Société d'Urologie*, en juin 1925 comme une opération « de médiocre valeur » (MARION) et conduisant « fatalement à la mort secondaire du rein » (LEGUEU). Mais pourtant des chirurgiens séduits par cette opération élégante et conservatrice, continuèrent à la pratiquer avec les résultats les plus discordants. Quelques cas furent un succès, tel le fameux cas de BRIN

d'Alger, où le rein fonctionnait encore 17 ans après l'opération ; tel le cas de J. QUENU et FEY (1932) ; celui de SAUVÉ ; celui de LENORMANT (*Société de Chirurgie*, 1920) et finalement le cas récent de M. Jean KESSELER rapporté à la *Société d'Urologie* par PAPIN le 15 mai 1933. Aux Etats-Unis cette opération jouit d'une grande faveur. La technique en est assez simple et rapide. Une sonde urétérale est introduite dans l'uretère et poussée à 7 ou 8 centimètres. Une soie très serrée solidarise l'uretère et la sonde à quelques millimètres de l'extrémité inférieure de l'uretère coupé. Deux ou trois points de suture rapprochent la paroi urétérale de la paroi vésicale. On s'efforce de faire suivre à l'uretère un trajet un peu oblique. Le bout inférieur de la sonde est introduit dans l'urètre et la vessie soigneusement refermée. La sonde urétérale empêche les premiers jours toute infiltration d'urine au niveau de la plaie. Ultérieurement vers le sixième ou septième jour la sonde tombe.

## 2. — LA SUTURE DE L'URETÈRE AVEC NÉPHRECTOMIE SECONDAIRE

L'uretère est suturé. L'opération est achevée à la manière habituelle et on pratique une néphrectomie dans le même temps opératoire. C'est ce procédé qu'applique systématiquement notre Maître le D<sup>r</sup> GOUVERNEUR au courant de toutes ses cystectomies. Cette méthode nous paraît par sa simplicité

avoir des avantages multiples sur la précédente et notamment donner moins d'aléas. Nous avouons la préférer de beaucoup.

#### (IV) Les soins post-opératoires.

Le malade remit dans son lit, on lui fera du sérum artificiel très largement et l'on continuera les jours suivants. On le fera boire abondamment. D'ailleurs la période critique postopératoire n'est pas tant celle des deux premiers jours que le quatrième et cinquième par suite des phénomènes de cellulite. Pour les prévenir on ne saurait trop désinfecter le milieu vésical, avant l'intervention, faire de la vaccination préventive et drainer les espaces péri-vésicaux. Il y a d'ailleurs à ce point de vue entre les cystectomies des différences considérables : celles pratiquées pour des tumeurs basses sont nettement plus graves que celles pour tumeurs hautes.

## CHAPITRE V

### RÉSULTATS DE [LA CYSTECTOMIE PARTIELLE. STATISTIQUES

Les résultats de la cystectomie partielle sont très variables et très contradictoires. Ils sont fonction de l'envahissement plus ou moins prononcé, de la résistance plus ou moins grande de l'état général et rénal du sujet, de la technique opératoire employée, de l'importance de l'excision, de la durée de l'intervention, de la malignité de la tumeur. Les éléments du problème sont donc multiples et complexes. Ils nous serviront à expliquer les contradictions quelquefois notables des statistiques françaises et étrangères que nous allons apporter à l'appui de notre thèse.

Mais avant d'entreprendre cette étude il nous paraît intéressant de jeter un coup d'œil d'ensemble sur la mortalité globale du cancer de la vessie, quelle qu'ait été la méthode thérapeutique employée. La clinique Mayo a publié des tableaux synoptiques très suggestifs. Nous allons en transcrire un ici :

TABLEAU SYNOPTIQUE DE JUIN 1915 A JUIN 1926

| Méthode de traitement           | Cas | Mort<br>opératoire | Malades<br>suivis | Malades<br>vivants | Malades<br>morts | Durée<br>moy. vie<br>apr. trait. |
|---------------------------------|-----|--------------------|-------------------|--------------------|------------------|----------------------------------|
| Néant .....                     | 102 | —                  | 81                | 17                 | 64               | 8 mois                           |
| Fulguration .....               | 75  | —                  | 68                | 65                 | 3                | 14 mois                          |
| Cautérisation .....             | 35  | 3                  | 30                | 11                 | 19               | 13 mois                          |
| Radium .....                    | 35  | 5                  | 27                | 1                  | 26               | 12 mois                          |
| Radium plus fulguration .....   | 43  | 1                  | 36                | 25                 | 11               | 12 mois                          |
| Radium par cystostomie .....    | 50  | 5                  | 41                | 1                  | 40               | 6 mois                           |
| Radium plus cautérisation ..... | 14  | 1                  | 13                | 3                  | 10               | 10 mois                          |
| Cystectomie partielle .....     | 79  | 5                  | 62                | 21                 | 41               | 22 mois                          |
| Cystectomie totale .....        | 219 | 35                 | 165               | 78                 | 87               | 18 mois                          |
| Cystostomie .....               | 37  | 3                  | 31                | 3                  | 28               | 6 mois                           |
| Diathermie chirurgicale .....   | 19  | 1                  | 16                | 13                 | 3                | 6 mois                           |

De l'examen de ce premier tableau nous constatons que la méthode d'excision partielle assure aux malades la plus longue survie avec une mortalité qui n'est pas supérieure à celle des autres méthodes. Toutefois cette mortalité, étant donnée la difficulté qu'on éprouve à l'évaluer avec précision, paraît encore très élevée. D'autre part, dans les statistiques que nous allons exposer les variations tiennent au fait que beaucoup d'auteurs, surtout étrangers, ont englobé dans leurs calculs les résultats d'interventions sur des tumeurs dont la malignité est loin d'être prouvée ou du moins contestable, telles les tumeurs pédiculées par exemple.

Pour que les chiffres aient une clarté suffisante, il nous semble utile de séparer les *résultats immédiats*

de la cystectomie qui sont à peu de chose près analogues à ceux de n'importe quelle autre intervention sérieuse et les *résultats éloignés*, élément dominant qui est la raison d'être de l'acte chirurgical.

### 1) Les résultats immédiats.

Quelle est la mortalité opératoire ? Voilà un premier point à éclaircir, A quoi est-elle due ?

Le choc opératoire et l'inhibition des émonctoires sont certainement pour une grande partie en cause. Il s'agit le plus souvent de malades d'un certain âge qui supportent difficilement une opération de cette envergure, même si toutes les précautions sont prises et même si on a renoncé à l'anesthésie générale en faveur de la rachi-anesthésie.

En plus du choc, l'infection joue un rôle très considérable. Avant tout l'infection massive, la *pérycystite phlegmonneuse*, complication excessivement grave laissant très peu d'espoir. En second lieu, l'infection localisée : les *embolies*, danger permanent de toute intervention sur le bassin et particulièrement sur une vessie cancéreuse qui est habituellement le siège d'infection aiguë ou torpide.

Nous tenons à signaler qu'en réalité ces complications sont relativement rares. Dans les douze cas opérés dans le service d'Urologie de l'hôpital Saint-Louis, elles ne se sont jamais produites.

FENWICH avoue une mortalité post-opératoire de 7 % ;

THOMAS WALCKER, 5 % ;

BRONGERSMA, 14 % ;

SCHOLL (Mayo-Clinic) 7 % ;

SQUIER (Chicago) 27 morts opératoires sur 75 cas, soit 35 % ;

SCOTT-MACKAY, 6 morts sur 72 cas, soit 8 % ;

BEER, 14 % dans le cancer papillaire (?), 21 % dans le cancer infiltré ;

FRONTZ, 6 sur 68 cas, soit 9 %.

Il est donc particulièrement ardu de se faire une opinion exacte. Est-ce une question de technique ? Est-ce une question de chance personnelle du chirurgien ? Le diagnostic fut-il posé dans ces différents cas d'une façon plus ou moins précoce ? Le malade était-il dans un état général plus ou moins satisfaisant ? Il est bien probable que tous ces facteurs ont tour à tour joué leur rôle. Aussi il nous est impossible de conclure d'une façon absolue. D'autant plus que les chiffres français sont aussi en contradiction.

Dr GOUVERNEUR (Paris), 12 cas, 3 morts opératoires, 25 % ;

Pr ANDRÉ (Nancy), 3 cas, 1 mort, 33 %.

La cystectomie, quoique pratiquée depuis quarante ans est une opération qui ne s'est vulgarisée, aux États-Unis, que pendant ces dernières années. En France, elle n'est que peu répandue. Les statistiques sont par conséquent encore trop pauvres, le

recul trop court pour qu'on puisse étayer un jugement définitif sur ses résultats soit immédiats soit tardifs.

On peut tout de même dire que la mortalité immédiate varie d'un minimum très optimiste (Thomas WALCKER) de 5 %, à un maximum de 35 % (SQUIER). Est-il possible de faire une moyenne ? Nous pouvons très bien théoriquement et mathématiquement calculer une moyenne de 20 %. Un malade sur 5 mourrait donc des suites opératoires. Nous devons admettre que ce chiffre est élevé. Mais dans les cas où aucun traitement n'est instauré la mortalité est de 100 % ; dans les cas où le radium est employé elle est de 80 %, etc.

## 2) Les résultats éloignés.

Ceux-ci nous intéressent beaucoup plus. Ce sont eux en effet qui expliquent la raison d'être de la cystectomie partielle. Ici aussi les opinions divergent d'une façon très marquée. La question de la récurrence de la tumeur domine toute la discussion. Elle n'est d'ailleurs pas spéciale au cancer de la vessie. Elle se pose pour toutes les interventions pour tumeur maligne quelque soit leur siège dans l'économie.

Il est évident que ces résultats éloignés dépendent aussi et même plus que la mortalité immédiate de la méthode employée, de la précocité du diagnostic, des facultés de récupération de l'organisme.

SCHOLL publie 12 cas de cystectomie opérés par lui et constate :

2 morts par récurrence après un délai variant de 2 à 4 ans ;

9 malades vivants après un délai de 6 mois à 7 ans.

1 malade étant mort de suites opératoires, cette statistique donne par conséquent un pourcentage de guérison de 75 %, avec une mortalité globale de 25 %. Elle est évidemment excellente.

Mais, d'autres statistiques sont moins flatteuses.

SQUIER, sur 75 cas, constate que 28 seulement vivaient après une période variant de 2 à 7 ans, soit 37 % de guérison seulement.

SCOTT-MACKAY est encore plus sombre dans ses conclusions. Sur 72 cas opérés, 16 malades seulement survivaient après 5 ans, soit 22 %.

BEER, rapporte 28 cas d'opérations exécutées sur des tumeurs malignes papillaires (?) : 15 malades seulement vivaient de 1 à 9 ans après. Pour 37 cas de tumeur infiltrée, où l'intervention avait comporté 18 sections et réimplantations de l'uretère, le même auteur avoue une mortalité éloignée qui, à peu de chose prêt, correspond à celle des tumeurs papillaires où l'uretère avait été épargné. Par la même occasion l'auteur insiste sur le fait que nous avons mis en lumière plus haut : c'est-à-dire le rôle prépondérant que joue la préparation du malade : les malades dont l'état rénal a été amélioré par des moyens médicaux et qui ont subi une cure radiothérapique préventive sont moins sujets aux récurrences.

Examinons d'autres statistiques, tout d'abord celle si belle et si intéressante de :

WILLIAM A. FRONTZ (de Baltimore, 1928) qui porte sur 68 cas : 42 malades vivaient encore après 5 ans.

Voilà enfin une statistique réconfortante. Deux tiers des malades ont été ici sauvés au plein sens du mot. Deux malades sur 3, frappés d'une affection qui ne pardonne pas, avaient bénéficié de l'acte opératoire. Voilà de quoi inviter le chirurgien à opérer.

La statistique de HUNT, porte, elle, sur 370 cas, 65 % des malades vivaient après 3 ans : l'uretère avait été réimplanté 15 fois.

SMITH est moins optimiste : sur 11 cas, 3 guérissons seulement ; mortalité 75 %. L'auteur soutient que dans les cas relativement rares où le cancer ne présente pas de métastases et est strictement limité à une moitié de la paroi vésicale, de préférence sur le sommet ou sur les faces latérales, on peut espérer 25 % de guérison, guère plus. Si, en revanche, le cancer a engendré des métastases ganglionnaires ou viscérales les chances tombent à zéro.

MM. H. H. YOUNG et W. W. SCOTT rapportèrent dans le *Medical Journal of New-York*, 380 cas de tumeurs malignes de vessie examinés au Brady Institute. Les résultats furent bons pour les tumeurs du sommet et des faces latérales : sur 57 interventions un pourcentage de 27 % des malades vivait après 5 ans.

Nous avons écrit à la *Section d'Urologie de la Mayo Clinic* (ROCHESTER, MINNESOTA). BUMPUS nous a fait parvenir des statistiques très détaillées. Une de celles-ci porte sur 527 cas de tumeurs de vessie échelonnées sur une période de 10 ans : 79 cystectomies partielles avaient été effectuées soit seules, soit avec l'aide préparatoire du radium ; 25 % des opérés étaient en bonne santé après 5 ans.

HAND a repris ces 527 cas de BUMPUS et en 1926 fit porter sa statistique sur 708 cas. L'âge moyen des malades était 55 ans : sur ces nouveaux cas de cystectomie partielle 20 % de succès avait été enregistrés.

Les chirurgiens européens n'ont pas suivi leurs confrères américains dans la voie de la cystectomie systématique. Aussi les cas de cystectomie partielle sont plus rares.

FEDOROFF en Allemagne, en 1923, admettait 50 % de guérison.

KIDD et FRANK en Angleterre, sur 28 de résection segmentaire, arrivaient aux mêmes conclusions.

Voici donc les résultats des auteurs étrangers. Les résultats oscillent autour de chiffres assez rapprochés. La mortalité totale opératoire, post-opératoire et éloignée, varierait à l'heure actuelle de la moitié aux deux-tiers des malades opérés.

En France, la cystectomie partielle n'a jamais joui d'une grande faveur. Le P<sup>r</sup> MARION (*Congrès de Londres, 1911*) et le P<sup>r</sup> LEGUEU l'ont condamnée. Aussi les statistiques sont très rares et très pauvres.

Récemment notre Maître Dr GOUVERNEUR a repris cette opération en série : 12 cas ont été opérés à l'hôpital Saint-Louis au courant des années 1932, 1933. L'âge des malades variait de 40 à 80 ans. Les tumeurs en question étaient des tumeurs malignes infiltrées, en général des épithéliomas à type de carcinome dont la nature maligne fut contrôlé par l'examen histologique. Il y eut 3 morts opératoires, une récurrence, et 8 guérisons variant d'un an à deux ans. Tous ces malades ont été et sont suivis de six mois en six mois.

La néphrectomie avait été systématiquement pratiquée.

Il nous semble pouvoir, tout en tenant compte du faible recul de cette opération, arriver à une conclusion de 66 % de guérisons.

Si nous réunissons les chiffres des toutes les statistiques précédentes et si nous faisons la moyenne, nous arrivons à un pourcentage de guérison de 40 % variant d'un an à cinq ans après l'intervention.

Ce n'est évidemment pas très satisfaisant, mais « comparons — écrit STARR-JUDD — les statistiques concernant les opérations pour carcinome des autres parties du corps. Les résultats ne varient pas beaucoup de ceux de la cystectomie partielle. Il y a toujours des séries favorables et des séries noires sans qu'on puisse dire avec exactitude pourquoi certains malades guérissent alors que d'autres opérés dans les mêmes conditions ne guérissent pas ».

## OBSERVATIONS

### PREMIÈRE OBSERVATION

Mme G..., 55 ans, 13 mai 1932.

Tumeur de la taille d'une pièce d'un franc implantée sur la paroi vésicale à 1/2 centimètre en dehors et au-dessus de l'orifice urétéral droit et se portant en haut et en dehors.

On découpe au bistouri électrique une rondelle de la largeur d'une pièce de cinq francs comprenant toute l'épaisseur de la paroi vésicale. Au cours de l'opération une légère blessure d'une anse grêle.

Suture de la vessie par points séparés. Drain de Marion dans l'espace pré-vésical.

*Histologie* : épithélioma typique.

Suites opératoires normales.

Revue le 14 juillet 1932.

La région de l'orifice urétéral droit est normale.

Revue le 27 octobre 1932 pour vérification.

La vessie a une excellente capacité. Pas de récurrence de la tumeur.

### OBSERVATION N° 2

J... G..., 88 ans, 2 juin 1932.

Large taille qui permet de découvrir une tumeur épithéliale de la dimension d'une pièce de deux francs siégeant

à trois centimètres du sommet de la vessie sur la face latérale droite. Cystectomie partielle débordant largement les limites de la masse néoplasique au bistouri électrique.

Électro-coagulation sur les tranches de la section : réconstitution de la vessie sur un drain de Marion, un autre petit drain est laissé dans la région sous-péritonéale qui avait été largement décollée.

Le malade sort de l'hôpital. N'a pas été suivi depuis.

### OBSERVATION N° 3

M. L... E..., 79 ans, 23 septembre 1932.

A l'ouverture de la vessie la tumeur apparaît plus étendue qu'elle n'avait semblée à la cystoscopie. Type d'épithélioma végétant occupant le sommet et presque toute la moitié latérale gauche de l'organe, descendant à trois centimètres du col.

Excision très large. Reconstitution de la vessie en deux plans.

Mort au cours des suites opératoires.

### OBSERVATION N° 4

M. P. E..., 64 ans, 11 novembre 1932.

Epithélioma typique. Incision sus-pubienne et dissection de la vessie pour obtenir l'extra-péritonisation. Celle-ci étant impossible on ouvre le péritoine. La tumeur énorme occupe toute la région postérieure gauche de la vessie. Résection sub-totale de la vessie dont on garde le trigone et un petit lambeau du bord latéral droit.

Partout l'incision se fait en tissu sain, mais la paroi vésicale est épaisse et infiltrée.

La section est faite au bistouri électrique et a été exsangue.

On reconstitue une partie de la vessie aux dépens du lambeau vésical droit rabattu sur le trigone.

Fermeture du péritoine et drainage.

Mort du malade pendant les suites opératoires.

#### OBSERVATION N° 5

M. J. A..., 23 novembre 1932.

Tumeur de vessie typique.

Décollement du péritoine qui dégage complètement la face postérieure et les faces latérales de la vessie.

La tumeur siège à deux centimètres environ de l'orifice urétéral droit s'étendant vers le sommet sur une longueur de quatre centimètres. La tumeur est bien limitée.

On fait une cystectomie partielle aussi large que possible.

Le malade, le 9 mars 1933, est en parfait état de santé.

#### OBSERVATION N° 6

M. L... R..., 67 ans, 25 novembre 1932.

Tumeur épithéliale pédiculée papillaire de la grosseur d'une mandarine. Siège sur la paroi latéro-postérieure gauche, en arrière de l'orifice urétéral.

Excision de la tumeur et une collerette de la paroi, au bistouri électrique.

Deux ligatures.

Revu le 4 mai 1933. A la cystoscopie on voit des masses mamelonnées qui paraissent être des récidives.

### OBSERVATION N° 7

B... A..., 59 ans, 31 janvier 1933.

Cystostomie large. La vessie ne s'élève pas malgré le décollement latéro-vésical et rétro-vésical. On arrive à placer mal l'écarteur vésical et on voit à gauche une petite tumeur au contact de l'orifice urétéral. Tout autour la paroi vésicale est infiltrée et une *tentative d'exérèse est impossible*. On se contente d'électro-coaguler fortement la tumeur à vessie ouverte. Fermeture de la vessie en deux plans. Drain de Marion et drain dans l'espace latéro-vésical.

### OBSERVATION N° 8

M. P... Eugène, 35 ans, 7 février 1933.

Libération des faces latérales de la vessie.

La tumeur est sur la moitié gauche, un peu au-dessus et en dehors de l'orifice urétéral. Elle a la taille d'une cerise.

On exécute une large exérèse de la tumeur de sa base et de la paroi vésicale attenante.

Suture de la vessie en deux plans.

Drain.

Suites opératoires normales.

Revu le 1<sup>er</sup> mai 1933. Aucune trace de récurrence.

Revu le 25-11-1933.

Urines claires. Pas de pollakurie.

Aucune trace de récurrence dans la région opérée.

On constate la présence d'un petit bourgeon qui paraît être d'origine inflammatoire.

### OBSERVATION N° 6

M. F... W..., 62 ans, 24 mars 1933.

Tumeur au niveau du sommet de la vessie.

Incision de la tumeur au bistouri électrique et large excérèse de la partie attenante de la paroi vésicale.

Ablation du tissu cellulo-graisseux.

Le péritoine est volontairement ouvert. Fermeture du péritoine et de la vessie.

Drain pré-vésical.

Le malade est actuellement bien portant.

### OBSERVATION N° 10

M. T... L..., 35 ans, 17 mai 1933.

Cystostomie large et découverte d'une tumeur de la grosseur d'une mandarine largement pédiculée et implantée sur la paroi latérale gauche de la vessie en dehors de l'orifice urétéral.

On excise la tumeur au bistouri électrique, sa base d'implantation et une collerette de paroi vésicale. Suture de la vessie en deux plans.

Electrocoagulation d'une petite greffe néoplasique de la lèvre antérieure du col.

Le malade sort en excellent état au bout de trois semaines.

### OBSERVATION N° 11

M. R... O..., 46 ans, 19 mai 1933.

Épithélioma végétant et infiltrant à type Malpighien indifférencié.

Libération des faces antérieures et latérales de la vessie suivie de large ouverture.

Tumeur de la grosseur d'une amande située sur la région latérale droite.

Excision large de la tumeur et de sa base au bistouri électrique en empiétant largement sur le tissu sain.

Trois ligatures. Suture en deux plans au catgut. Drain.

Ce malade est maintenant bien portant

Revu le 25-11-33

Urines légèrement louches.

Capacité vésicale 120 cc.

Cystoscopie = 0.

#### OBSERVATION N° 12

M. B... H..., 66 ans, 10 octobre 1933,

Tumeur de vessie épithéliale.

Incision hypogastrique avec extrapéritonisation complète de la vessie. En arrière on pousse le décollement jusqu'aux uretères. La tumeur est énorme et occupe toute la moitié gauche de la vessie, s'étendant jusqu'au col et englobant entièrement l'orifice urétéral gauche.

On fait une cystectomie subtotale en enlevant toute la moitié gauche sans s'occuper de l'uretère qui est sectionné. Le péritoine est ouvert. Reconstitution de la vessie qui prend la forme d'un cornet situé entièrement à droite. Tube de Marion, Mickulicz.

Nephrectomie gauche.

Le cas étant très défavorable, la tumeur trop étendue, le malade meurt des suites opératoires.

## CONCLUSIONS

1. — En l'état actuel de nos connaissances sur le cancer, le traitement chirurgical par cystectomie plus ou moins étendue, reste la seule méthode qui ait fait ses preuves d'une façon immédiate et au point de vue des résultats éloignés.

Les agents physiques (électrocoagulation, roentgenthérapie, radiumthérapie) n'ont pas tenu leurs promesses en tant qu'agents curateurs et ont trompé nos espoirs. Leur action ne peut être trop souvent considérée que palliative. D'ailleurs la grosse difficulté qu'on rencontre pour apprécier la valeur thérapeutique d'une méthode en matière de cancer vésical découle du fait qu'entre les tumeurs bénignes et les cancers les plus malins existe toute une série d'intermédiaires, ce qui peut parfois expliquer les succès et ce qui doit nous rendre très prudents dans nos appréciations et dans l'interprétation des statistiques.

Pour que le traitement chirurgical du cancer de la vessie soit possible il faut que diverses conditions se trouvent réunies :

— que la tumeur n'ait pas envahi par contiguité d'autres organes du petit bassin ;

— qu'elle soit localisée nettement et uniquement à une moitié de la vessie ; elle peut mordre sur un des orifices urétéraux mais il faut que le second soit indemne. C'est heureusement le cas habituel.

2. — Un certain nombre de précautions préopératoires doivent être prises : le diagnostic doit être posé avec précision (examen clinique, cystoscopie, biopsie si besoin). On pratiquera un examen complet du malade, on dressera un véritable bilan de la résistance de son état général, on étudiera son fonctionnement rénal (constante d'Ambard, phénolphtaléine, séparation des urines). On tiendra compte en plus de l'âge et de l'adiposité du sujet. On fera une désinfection du milieu vésical par des lavages et par la sonde à demeure, de la vaccination préventive.

3. — Une technique opératoire impeccable est de rigueur : deux points nous paraissent surtout devoir être mis en lumière, l'extrapéritonisation de la vessie et l'emploi du bistouri électrique qui limite l'hémostase et bloque les voies lymphatiques en diminuant les chances d'infection. Dans les cas de tumeurs basses où l'uretère doit être sectionné, on peut soit réimplanter l'uretère avec une sonde urétérale, soit mieux pratiquer la néphrectomie : c'est ce second procédé que nous préférons.

4. — La mortalité opératoire dans la cystectomie partielle oscille entre 15 et 20 %.

Les résultats éloignés donnent 40 % de guérison de 1 à 5 ans.

VU : *Le Doyen,*  
ROUSSY.

VU : *Le Président de la Thèse,*  
MARION.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Traité des tumeurs de la vessie (Paris, 1893).
- ANDRÉ. — Les interventions pour tumeurs de la vessie et leurs résultats (*Revue Méd. de l'Est*, n. 22, 15 novembre 1924).
- ANDRÉ et GRANDINEAU. — Traitement des tumeurs malignes de la vessie (*Rapport à l'Ass. Franç. d'Urologie*, 1932).
- ANTONUCCI (C.). — De la cystectomie chez la femme (cystectomie totale élargie) (*Journ. de chir.*, août 1928).
- ASCHNER (P. W.). — Pathology of vesical neoplasms (*Journ. of Amer. med. ass.*, XCI, n° 22, 1<sup>er</sup> décembre 1928, p. 1697).
- ASCOLI, (M.). — Il trattamento dei tumori maligni della vescica (*Polich.* Roma, 1924, XXXI).
- ASCHRAFT (L. T.). — The treatment of tumors of the urinary bladder (*Urol. and cutan. Rev.*, août 1920, p. 457).
- ASSELIN. — Les résultats éloignés de l'urétéro-cysto-néostomie (*Th. de Paris*, 1932).
- BALLENGER (E. G.). — Drainage in bladder cancer (*Ann. of surg.*, t. LXXVI, n° 6, 1922, p. 804).
- BARRINGER (B. S.). — New methods of radium treatment of carcinoma of the bladder and prostata (*Trans. Amer. Urol. Ass.*, 1920).
- BARRINGER (B. S.). — Technic and Statistics of treatment of carcinoma of bladder by radium (*Am. Journ. of Röntgenology*, novembre 1922).
- BEER (E.). — Bladder tumors, benign and malignant, cases treated by operation (*Intern. Journ. Surg.*, Burlington, 1924, XXXIV).
- BEER (E.). — Cancer of the bladder (*Med. Journ. and Rec.*, 16 octobre 1929).

- BEER (E.). — Technic of operative treatment of neoplasms of urinary bladder (*Annals of surg.*, janv. 1921, p. 72).
- BÉRARD. — Résection étendue de la vessie pour tumeur maligne (*Soc. chirurg.*, Lyon, 1908).
- BERNARD (R.). — Cystectomie partielle au bistouri électrique. Hémorragie secondaire précocée (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 58, 1515-1522, 17 décembre 1932).
- BÉVAN (A. D.). — Tumor of the urinary bladder (*Surg. Clin.*, Chicago, t. III, 1919, p. 761).
- BOARDMAN (E. J.). — Tumors of the urinary bladder, diagnosis and treatment (*Canada Med. Ass. Journ.*, 1921, XI).
- BOGOLYUBOFF (V.). — Partial and complete excision of the bladder for malignant tumors (*Med. Obozr. Mosk.*, 1906, LXV, 514-524).
- BRONGERSMA (H.). — Résultat éloigné d'un cas de cystectomie totale (*Arch. franco-belges de chir.*, XXXI, n° 6, juin 1928, p. 275).
- BRUNI. — Le traitement des tumeurs de la vessie (*Atti. Soc. It. Chir.*, 1921).
- BUGBEE (H. C.). — Report of cases of malignant growths of the bladder treated by resection and radium (*Journ. of Urol.*, n° 2, août 1923, p. 159).
- BUMPUS (H. C.). — The present methods and results of treating tumors of the bladder (*Journ. of Urol.*, XXI, n° 3, mars 1929, p. 371).
- BUMPUS (H. C. Jr.). — Malignancy of bladder (*Journ. Amer. Med. Ass.*, 11 oct. 1924, p. 1139).
- BURNAM et NEILL. — The treatment of epithelial tumors of the bladder (*Amer. Journ. Röntg.*, N. Y., 1926, XVI).
- CAMPBELL (M. F.). — Treatment of vesical carcinoma (*Arch. Clin. Cancer*, N. Y., 1926).
- CASTANO (E.), DE SURRA (R.). — Reseccion parcial de vejiga por epiteloma espinocelular tipico (*Semana Med.*, 2 : 729-731, 15 septembre 1932).
- CATHELIN. — Conditions d'intervention dans les tumeurs de la vessie (*Paris Chirurg.*, 1909).
- Doit-on opérer les tumeurs de la vessie ? (*Méd. pratique*, 1907).

- CHUTE (A.). — Tumeurs de la vessie (*Amer. Journ. of Surg.*, sept. 1928).
- COISTON (J. A. C.). — Treatment of tumors of bladder (*Am. Journ. Röntgen. and Radio Therap.*, N. Y., mars 1931).
- CORBUS (B. C.). — The treatment of tumors of the bladder without local excision : an experimental and clinical study (*Surg. Gyn. and Obst.*, nov. 1924, p. 517).
- CUNNINGHAM (J. H.). — Tumors of the bladder (*The Journ. of Urol.*, XXV, n° 6, juin 1931, p. 559).
- CUNNINGHAM (J. H.). — Was it malignant ? Tumor of bladder treated by non operative means (*Boston med. and Surg. Journ.*, 23 juin 1927, p. 1046).
- DARGET (R.). — Traitement actuel des tumeurs malignes de la vessie (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, n° 20, 25 oct. 1928, p. 769).
- DARGET, CANTORNE et CHAUVENET. — Cystectomie subtotale pour néoplasme vésical (*Soc. anat. clin. de Bordeaux*, 28 janv. 1924, in *Journ. méd. de Bordeaux*, 10 mai 1924, p. 366).
- DEAVER et MAC KINNEY. — Carcinoma of bladder. Analysis of 131 cases (*Annals of Surg.*, Philadelphie, août 1923, p. 254).
- DE BUTIER (R.). — Les méthodes modernes et les résultats du traitement des tumeurs malignes de la vessie (*L'Hôpital*, n° 155, nov. 1925, p. 658).
- DE GIRONCOLI (F.). — Rigenerazione della vescica dopo asportazione subtotale per carcinoma (*Arch. ital. di urol.*, t. III, n° 4, mars 1927).
- DOIE. — De l'intervention dans les tumeurs de la vessie (*Th. de Paris*, 1903).
- Encyclopédie française d'urologie.* — Tome I : Anatomie de la vessie. Tome IV : Tumeurs de la vessie.
- FENWICK. — Les résections larges dans les tumeurs de la vessie (*Congrès d'Urologie de Londres*, 1912).
- FERRIER (P.-A.). — Management of tumors of urinary bladder (*Calif. and West. Medicine*, Saint-Francisco, n° 22, oct. 1925, p. 1303).
- FLANDRIN. — A propos du traitement des tumeurs malignes de la vessie (*Rev. Prat. des mal. des pays chauds*, fév. 1928).
- FRONTZ (W.-A.). — A consideration of bladder tumors with special regard to the therapeutic measures best suited to the

- different types (*Surg. Gyn. and Obst.*, XLVII, n° 3, sept. 1928, p. 413 et *Trans. Amer. genito-urin. surg.*, 1928).
- GAROFALO (F.). — Contributo allo studio del sarcoma della vescica (*Arch. ital. di urol.*, t. IV, n° 5, juin 1928).
- GAUDY et SCHILLINGS. — Les tumeurs de la vessie. Monographie *Le Cancer*.
- GAUME. — Deux cas de cystectomie partielle suivie de néphro-urétectomie pour tumeur vésicale récidivée (*Bull. Soc. Franç. d'uro.*, pp. 186-192, mai 1931).
- GAYET. Cancer de la face postérieure de la vessie avec ablation d'un fragment de rectum. Guérison op. (*Soc. chir.*, Lyon 1912).
- GAYET G. — Les traitements modernes des tumeurs de la vessie (*Lyon méd.*, n° 2, 25 janv., n° 3, 10 fév. 1921).
- GENOUVILLE. — Traitement des tumeurs vésicales par la diathermie (*Ass. Franç. d'Urolog.*, 1919).
- GRANDJEAN. — Les prop. ganglionnaires à distance dans les tum. de la vessie (*Annales des mal. des org. génito-ur.*, 1905).
- GERAGHTY. — Traitement du cancer de la prostate et de la vessie (*The Jour. of Urol.*, janv. 1922).
- GRANT (O.). — Surgical treatment of bladder tumors (*South. med. Journ.*, Birmingham, mars 1925, p. 202).
- GUNSETT A. — La röntgenthérapie du cancer de la vessie (*Arch. d'électricité méd.*, déc. 1931).
- HARRIS (A.). — Résection partielle d'une tumeur vésicale (*The Urology and cutaneous review*, t. XXVIII, IV, 3 may 1924, p. 143. In *Journal d'Urol.*, 1924, II, p. 349).
- HEITZ-BOYER. — Traitement des tumeurs de vessie par la haute fréquence (*Ass. Franç. d'Urol.*, 1919).
- HEITZ-BOYER. — Guérison persistant un an après une cystectomie quasi-totale pour un épithélioma diffus de la vessie pratiquée au bistouri électrique (*Bull. et mém. soc. nat. chir.*, LVI, n° 30, 29 nov. 1930, p. 1316).
- HEITZ-BOYER. — Cystectomie partielle pour tumeur vésicale (*Soc. d'uro.*, 15 juin 1931, in *Journ. d'uro.*, XXXII, n° 1, juil. 1931, p. 70).
- HERBST (R.-H.) et THOMPSON (A.). — Tumors of the bladder : their diagnosis and treatment (*Journ. Amer. Med. Ass.*, 10 janv. 1920, p. 91).

- HUNT (V.-C.). — Considération of the surgical procedures in the treatment of malignant disease of the urinary bladder (*Amer. Journ. of surg.*, X, n° 1, oct. 1930, p. 69).
- HUNT (V.-C.). — Disposal of the ureter in surgical excision of malignant tumors of the bladder (*Journ. of Urol.*, t. XIV, n° 2, juillet 1925, p. 19).
- HUNT (V.-C.). — The surgical treatment of malignant tumors of the bladder (*Journ. of amer. med. ass.*, XCI, n° 22, 1<sup>er</sup> déc. 1928, p. 1704).
- INGEBRIGSTEN (R.). — Doit-on rejeter la curiethérapie pour le cancer de la vessie ? (*Acta chir. scandinavica*, vol. LXIII, 2, 1928, p. 133).
- JOLY (J.-S.). — Treatment of cancer of bladder (*Lancet*, 2 juin 1928).
- JONES (W.). — Tumors of the bladder (*Canad. Pract. Rev.*, 1919, t. XCIV, p. 177).
- JUDD (E.-S.) et SISTRUNK (W.-E.). — The surgical treatment of malignant tumors of the bladder. Results of operations (*Journ. Amer. Med. Ass.*, 20 nov. 1920, p. 1461).
- JUDD (E.-S.). — Treatment of carcinoma of bladder by radical surgical methods (*Journ. Amer. med. ass.*, 13 nov. 1926, p. 1620).
- KELLY (A.-A.). — The treatment of tumors of the bladder (*The urol. and cut. rev.*, mai 1924, p. 157).
- KIDD (F.). — On the treatment of epithelial tumors of urinary bladder (*Lancet*, 1923, I).
- KIDD (F.). — Cystectomy for carcinoma of bladder-base with restauration of bladder function (*Brist. Journ. Urol.*, déc. 1929).
- KISSELER (J.). — Rapp. Papin E. Urétéro-cysto-néostomie complement d'une cystectomie partielle. Guérison (4 ans) (*Soc. Franç. d'Urologie*, 15 mai 1933). In *Journal d'Urologie*, XXXVI, 1<sup>er</sup> juillet 1933, p. 129-136.
- KORNITZER (E.). — Ueber einen Fall von Blasencarcinom (*Wien. urol. Ges.*, 20 mai 1920, in *Zeit. f. urol. Chir.*, t. VI, fasc. 1-2, p. 121).
- KRETSCHMER (H.-L.). — Carcinoma of the bladder (*Surg. Chir. of Clin.*, avril 1920).
- KÜMMER (R.-H.). — Note sur un cas de cystectomie subtotale (*Soc. Franç. d'urolog.*, 1922, n° 6).

- LA ROQUE (C.-P.). — Operation for tumors of the bladder (*Surg. Gyn. and obst.*, août 1931, p. 205).
- LAVENANT. — A propos du traitement des tumeurs malignes de la vessie (*Bull. et mém. de la soc. des chir. de Paris*, XXI, n° 4, 15 fév. 1929, p. 140).
- LE FUR (R.). — Technique des opérations concernant les tumeurs de la vessie (*Rev. de la tech. chir.*, n° 2, mars-avr., 1931, p. 43).
- LEGUEU et FLANDRIN. — Le traitement des cancers de la vessie (*Arch. méd. chir. de province*, 1926, XVI).
- LEGUEU. — Le traitement du cancer de la vessie (*Rev. génér. de cliniq. et de thérap.*, 1925, XXXIX).
- LEGUEU. — *Traité chirurgical d'urologie*, Paris, 1921.
- LEGUEU. — Traitement du cancer de la vessie (*Bull. de l'ass. franç. pour l'étude du cancer*, mai 1925).
- LEWRANE. — Some aspects of vesical tumors and results of treatment (*Lancet*, sept. 1928, t. II).
- LÖMSLEY (O.-S.). — Carcinoma of the bladder (*Intern. Journ. of Surg.*, t. XXXIII, 1920, p. 15).
- LOWER (W.-E.). — The end results of operations for cancer of the bladder (*Ann. of Surg.*, t. LXXVI, 1922, p. 352).
- LUYS. — Traitement des tumeurs de la vessie (*Soc. des chir. de Paris*, XXI, n° 5, 1<sup>er</sup> mars 1929, p. 174).
- MAC DONALD (S.-G.). — Results of partial résection of bladder for carcinoma (*Pro. Roy. Soc. Med.*, nov. 1930).
- MAC DONALD (S.-G.). — Bladder growths and their treatment (*Ann. m. et Brit. Med. Ass.*, juill. 1921, in *Brit. Med. Journ.*, 27 août 1921, p. 310).
- MAC DONALD (S.-G.). — Result of partial resection of bladder for carcinoma (*M. Standard*, 54 : 9, 11 June 1931).
- MACKENZIE (D.-W.). — Bladder neoplasm (*Journ. of Urol.*, sept. 1925, p. 275).
- MARION. — *Traité d'urologie*, 1928.
- MARION. — Traitement des tumeurs de la vessie (*Le progrès méd.*, n° 45, 1<sup>er</sup> nov. 1930).
- MELER (H.). — Beitrag zur Behandlung der Blasengeschwülste (*Zeit. F. Urol.*, t. XX, n° 11, 1926, p. 846).
- NICOLICH. — Suites éloignées de deux cystectomies subtotaales pour tumeurs de la vessie (*Journ. d'urolog. méd. et chir.*, 1920, X).

- PAPIN. — Traitement moderne des tumeurs de la vessie (*La Médecine*, oct. 1919).
- PAPIN (M.). — Cancer de la vessie coexistant avec un diverticule. Cystectomie partielle et cure radicale du diverticule en un temps (*Soc. fr. d'Urol.*, 19 janv. 1925, in *Journ. d'Urol.*, t. XIX, n° 2, fév. 1925, p. 1530).
- PASTEAU. — Etat du système lymphat. dans les maladies de la vessie et de la prostate (*Th. de Paris*, 1898).
- PASTEAU. — Les conditions d'intervention dans les tumeurs de la vessie (*Paris Chirurg.*, 1909).
- PASTEAU. — Traitement des tumeurs vésicales (*Bull. et mém. de la soc. des chir. de Paris*, XXI, n° 4, 15 fév. 1929, p. 136).
- PEARSE. — The treatment of bladder tumors (*Canad. Med. Ass. Journ.*, 1923, XIII).
- PEREZ GRANDE. — Los tumores de la vejiga (*Conf. clin. de Urol.*, rev. mens., n° 26, avril 1922).
- POUSSON. — Nouvelles considérations sur l'extirpation des tumeurs de la vessie (*Annales des mal. des org. génito-ur.*, 1885).
- PREVOT. — *Th. de Nancy*, 1921.
- PUGH (W.-S.). — Cancer of bladder ; results in conservative treatment (*Amer. Med.*, juin 1930).
- REDI (R.), MARRI (P.). — Sulla resezione parziale della vescica per cancro infiltrante e sulla consecutiva rigenerazione della parete vescicale (*Arch. Ital. di urol.*, 10 : 3-39. Genn. 1933).
- RICARD-POMAREDE. — *Th. de Montpellier*, 1919.
- ROCHET. — Reste-t-il encore des indications au traitement chirurgical du cancer de la vessie ? (*Journ. d'Urol.*, t. XI, n° 5-6, p. 447).
- ROCHET (V.). — Etude opératoire des néoplasmes vésicaux (cystectomies partielles) (*Lyon chir.*, n° 3, mai-juin 1920).
- ROLLING (H.). — De la cystectomie partielle dans les tumeurs de la vessie (*Th. Nancy*, 1922).
- SALLERAS PAGES (J.). — Resection parcial de vejiga por mio épithelioma de la pared superior (*Seman. med.*, Buenos-Aires, 1922).
- SANCHEZ COVISA (I.). — Estado actual del tratamiento del cancer vesical. (*Rev esp. de cir. y urol.*, n° 3, 4, 1925, p. 120).

---

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 3-5-1934

---



